

Université de Montréal

Lecture sociodémographique de l'évolution de la mortalité par suicide au Québec (1926-2004) :
la question de l'âge et des générations

par

Lise Thibodeau

Département de sociologie

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de Maître ès sciences (M.Sc.)
en Sociologie

Août 2007

©Lise Thibodeau, 2007

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

Lecture sociodémographique de l'évolution de la mortalité par suicide au Québec (1926-2004) :
la question de l'âge et des générations

présenté par :
Lise Thibodeau

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Président-rapporteur : Stéphane Moulin

Directeur de recherche : Marianne Kempeneers

Codirecteur : Robert Bourbeau

Membre du jury : Jacques Hamel

Résumé

Depuis deux siècles, les transformations les plus remarquables du phénomène du suicide concernent la relation avec la variable âge. En effet, le suicide a longtemps progressé avec l'âge pour culminer à la vieillesse, mais le dernier quart de siècle au Québec a vu ce rapport modifié, suggérant qu'il s'agit désormais d'un phénomène de jeunes.

Notre étude examine les tendances récentes de l'évolution de la mortalité par suicide au Québec du point de vue de l'âge, discute des effets respectifs possibles de l'âge, de la période et de la génération de 1926 à 2004 et offre des pistes d'interprétation sociologique.

Nous présentons dans un premier temps les transformations de la société québécoise depuis 1930 ainsi qu'un bilan synthétique des connaissances sur le suicide au Québec par rapport aux tendances internationales, ceci du point de vue de différentes variables sociodémographiques.

Notre étude rappelle ensuite les grandes théories et idées sur le suicide, de la littérature classique aux réflexions contemporaines. On y remarque que la variable âge est rarement au cœur de ces conceptions, mais plutôt en marge de celles-ci, médiatisées par d'autres variables sociales.

Les résultats de notre analyse montrent la présence d'un net effet de génération dans l'évolution de la mortalité masculine due au suicide au Québec. Ce phénomène n'est pas présent chez les femmes. Les générations récentes adoptent toutefois un comportement différent de celles des baby-boomers et il sera intéressant de suivre leur trajectoire dans l'avenir.

SUICIDE / ÂGE / GÉNÉRATION / QUÉBEC / SOCIOLOGIE

Abstract

Over the last two centuries, the most remarkable transformations in the phenomenon of suicide have been associated with the age variable. Indeed, suicide has traditionally progressed with age to reach its highest point with old age; however, over the last quarter of a century in Quebec, things have changed and it would appear that it is now a youth-related phenomenon.

Our study examines the recent tendencies in the evolution of mortality by suicide in Quebec from the point of view of age, discusses the possible respective effects of age, of the time period and of generations between 1926 and 2004 and proposes sociological interpretation leads.

We initially present the transformations that have occurred in Quebec's society since 1930 and provide a consolidated balance sheet of what is known on the subject of suicide in Quebec as compared to international trends, all this from the standpoint of various sociodemographic variables.

Our study then recalls the prominent theories and concepts on suicide, from traditional literature to contemporary thinking. It has been observed that the age variable is seldom at the core of these theories and concepts, but rather a marginal factor thereof, mediatized by other social variables.

The results of our analysis clearly indicate a generation effect in the evolution of male mortality due to suicide in Quebec. This phenomenon is not present amongst women. However, recent generations adopt a behaviour that differs from the one shown by babies-boomers and it will be interesting to follow their journey in time.

SUICIDE / AGE / GENERATION / QUEBEC / SOCIOLOGY

Table des matières

Liste des tableaux.....	viii
Liste des graphiques	ix
Liste des annexes.....	x
Liste des abréviations.....	xii

Introduction.....	1
-------------------	---

Chapitre 1 : Le suicide au Québec, mise en contexte d'une préoccupation sociale

1.1 Les transformations de la société québécoise depuis 1930.....	4
1.2 Le suicide au Québec par rapport aux tendances internationales.....	8
1.2.1 Âge	10
1.2.2 Sexe	13
1.2.3 Variations régionales.....	15
1.2.4 Religion.....	17
1.2.5 État matrimonial.....	18
1.2.6 Statut professionnel et économique.....	19
1.2.7 Moyens utilisés.....	20
1.2.8 Immigration	21
1.2.9 Peuples autochtones	22
1.3 Question de recherche.....	23

Chapitre 2 : Théories et idées sur le suicide

2.1 Littérature sociologique classique.....	26
2.1.1 Émile Durkheim <u>Le suicide</u> (1897).....	26
2.1.1.1 Considérations générales sur l'œuvre.....	26
2.1.1.2 La question de l'âge.....	32
2.1.1.3 Contributions et critiques.....	34

2.1.2	Maurice Halbwachs <u>Les causes du suicide</u> (1930).....	35
2.1.2.1	Considérations générales sur l'œuvre.....	35
2.1.2.2	La question de l'âge.....	37
2.1.2.3	Contributions et critiques.....	37
2.2	Réflexions contemporaines.....	38

Chapitre 3 : Sources et méthodes

3.1	Les sources des données.....	46
3.1.1	Fiabilité des données statistiques sur le suicide.....	46
3.1.2	Sous-estimation des taux de suicide.....	47
3.1.3	Période d'étude et changements de la Classification Internationale des Maladies.....	48
3.1.4	Données.....	50
3.1.5	Considérations sur les données.....	51
3.2	Les méthodes.....	53
3.2.1	Taux brut de mortalité par suicide	53
3.2.2	Taux comparatif.....	53
3.2.3	Taux de mortalité selon l'âge.....	53
3.2.4	Analyse longitudinale et définitions	54
3.2.5	Modèle statistique de démographie.....	57

Chapitre 4 : Évolution de la mortalité due au suicide au Québec selon l'âge et le sexe : une interprétation sociologique

4.1	Le point sur l'évolution de la mortalité par suicide.....	58
4.1.1	Taux brut de mortalité.....	58
4.1.2	Taux comparatif de mortalité.....	59
4.1.3	Taux par âge.....	61
4.1.3.1	La vision transversale.....	62
4.1.3.2	La vision longitudinale.....	65
4.1.4	L'effet de la période.....	70

4.2 Pistes d'interprétation sociologique de l'évolution de la mortalité par suicide au Québec....	76
4.2.1 Différences entre les sexes.....	76
4.2.2 Âge et génération chez les hommes.....	78
4.3 Limites de l'étude et pistes pour l'avenir.....	82
Conclusion générale.....	85
Annexes.....	89
Bibliographie.....	117

Liste des tableaux

I	Taux de mortalité ajusté par suicide, pour 100 000 personnes, selon le sexe, 1992-1996 et 1997-2001.....	16
II	Correspondances entre les types causals et les types de sens.....	41
III	Rubriques pour les suicides selon les différentes révisions de la C.I.M.....	49
IV	Nombre de décès par suicide, selon deux sources, Québec, 1975 à 2004.....	52
V	Déplacements du point d'inflexion des courbes de mortalité par suicide, générations masculines, Québec, 1918-1923 à 1953-1958.....	68
VI	Taux de mortalité (pour 100 000) par suicide selon les étapes de la vie, 1971-1975 à 1981-1985.....	72

Liste des graphiques

1.1 Taux ajusté de mortalité par suicide, comparaison internationale, selon le sexe, 1981-1983 et 1996-1998.....	9
1.2 Taux de suicides mondiaux par âge et par sexe, 1995.....	10
1.3 Distribution des décès par suicide selon les groupes d'âge, Québec, 1999-2001.....	12
1.4 Taux comparatifs de mortalité par suicide selon le sexe, Québec, 1971-1995.....	14
3.1 Coordonnées sur diagramme de Lexis : analyses transversale et longitudinale.....	55
3.2 Diagramme de Lexis : taux de suicide à 10-14 ans pour la période de 1926-1930 rapporté aux générations 1913-1918.....	55
4.1 Taux brut de mortalité (pour 100 000) par suicide selon le sexe, Québec, 1926-2004.....	59
4.2 Taux brut et taux comparatif de mortalité (pour 100 000) par suicide, selon le sexe, Québec, 1926-2004.....	60
4.3 Taux de mortalité (pour 100 000) par suicide chez les hommes selon le groupe d'âge, Québec 1926-1930 à 2001-2005 (4 phases)	63
4.4 Taux de mortalité (pour 100 000) par suicide chez les femmes selon le groupe d'âge, Québec, 1926-1930 à 2001-2005.....	64
4.5 Taux de mortalité (pour 100 000) par suicide selon le groupe d'âge, Québec, générations masculines 1873-1878 à 1988-1993.....	66
4.6 Taux de mortalité (pour 100 000) par suicide selon le groupe d'âge, Québec, générations féminines 1873-1878 à 1988-1993.....	69
4.7 Taux de mortalité (pour 100 000) par suicide chez les hommes selon les étapes de la vie, Québec, 1926-1930 à 2001-2005.....	71
4.8 Taux de mortalité (pour 100 000) par suicide chez les femmes selon les étapes de la vie, Québec, 1926-1930 à 2001-2005.....	74

Liste des annexes

A1.1 Évolution des taux de suicide selon l'âge aux États-Unis de 1950 à 1990.....	89
A1.2 Taux de suicide selon l'âge en France en 1975-1985-1995.....	89
A1.3 Taux de suicide masculin selon l'âge au Japon en 1950 et 1995.....	90
A1.4 Fréquence des moyens utilisés pour se suicider, sexes réunis, Québec, 1976-1978.....	91
A1.5 Fréquence des moyens utilisés pour se suicider, sexes réunis, Québec, 1999-2001.....	91
A3.1 Nombre de décès par suicide chez les hommes au Québec selon l'âge, 1926-2004.....	92
A3.2 Nombre de décès par suicide chez les femmes au Québec selon l'âge, 1926-2004.....	95
A3.3 Taux de mortalité (pour 100 000) par suicide chez les hommes au Québec selon l'âge, 1926-2004.....	98
A3.4 Taux de mortalité (pour 100 000) par suicide chez les femmes au Québec selon l'âge, 1926-2004.....	101
A3.5 Taux comparatif de mortalité (pour 100 000) par de suicide chez les hommes au Québec, 1926-2004.....	104
A3.6 Taux comparatif de mortalité (pour 100 000) par de suicide chez les femmes au Québec, 1926-2004.....	105
A3.7 Taux de mortalité (pour 100 000) par suicide chez les hommes au Québec selon l'âge, groupe quinquennal 1926-1930 à 2001-2005.....	106
A3.8 Taux de mortalité (pour 100 000) par suicide chez les femmes au Québec selon l'âge, groupe quinquennal 1926-1930 à 2001-2005.....	107
A4.1 Taux de mortalité (pour 100 000) par suicide chez les hommes selon le groupe d'âge, Québec, 1926-1930 à 1946-1950 (étape 1).....	108
A4.2 Taux de mortalité (pour 100 000) par suicide chez les hommes selon le groupe d'âge, Québec 1956-1960 à 1966-1970 (étape 2).....	109
A4.3 Taux de mortalité (pour 100 000) par suicide chez les hommes selon le groupe d'âge, Québec 1971-1975 à 1991-1999 (phase 3).....	110
A4.4 Taux de mortalité (pour 100 000) par suicide chez les hommes selon le groupe d'âge, Québec 1996-2000 à 2001-2005 (phase 4).....	111
A4.5 Taux de mortalité (pour 100 000) par suicide selon le groupe d'âge, Québec, générations masculines 1873-1878 à 1913-1918.....	112

Liste des annexes (suite)

A4.6 Taux de mortalité (pour 100 000) par suicide selon le groupe d'âge, Québec, générations masculines 1918-1923 à 1988-1993.....	113
A4.7 Taux de mortalité (pour 100 000) par suicide selon le groupe d'âge, Québec, générations masculines 1873-1878 à 1988-1993 (source).....	114
A4.8 Taux de mortalité (pour 100 000) par suicide selon le groupe d'âge, Québec, générations féminines 1873-1878 à 1988-1993 (source).....	115
A4.9 Taux de mortalité (pour 100 000) par suicide chez les hommes selon les étapes de la vie, Québec, 1926-1930 à 2001-2005 (source).....	116
A4.10 Taux de mortalité (pour 100 000) par suicide chez les femmes selon les étapes de la vie, Québec, 1926-1930 à 2001-2005 (source).....	116

Liste des abréviations

CEPIDIC :	Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (France)
C.I.M. :	Classification Internationale des Maladies, Traumatismes et Causes de Décès
C.P.J. :	Conseil Permanent de la Jeunesse
INSERM :	Institut national de la santé et de la recherche médicale (France)
I.N.S.P.Q. :	Institut National de Santé Publique du Québec
I.S.Q. :	Institut de la Statistique du Québec
LRCCD :	Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès
MDEIEQ :	Ministère du Développement économique, Innovation et Exploration du Québec
M.S.S.S. :	Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec
O.M.S. :	Organisation mondiale de la santé (W.H.O. World Health Organization)
SUPRE-MISS:	Organisation mondiale de la santé programme de prévention du suicide -Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours – Département de la santé mentale et toxicomanies

Remerciements

Je tiens d'abord et avant tout à remercier vivement les professeurs qui ont accepté de superviser ce mémoire. Je remercie le Dr. Marianne Kempeneers, ma directrice de recherche, pour la confiance qu'elle m'a démontrée tout au long de mon parcours. Pour l'intérêt manifesté ainsi que la justesse de ses conseils et de ses commentaires lors de nos rencontres, je ne saurais trop la remercier. Je remercie également mon codirecteur, le Dr. Robert Bourbeau, directeur du département de démographie à l'Université de Montréal, sans qui ce mémoire ne serait pas ce qu'il est actuellement. Ses recommandations ont été d'une aide considérable et sa collaboration fut des plus précieuses et agréables, je vous en suis fort reconnaissante.

Je voudrais aussi remercier monsieur Denis Morissette d'avoir communiqué les informations de son étude sur le suicide. Aussi, je remercie le Dr. Daniel Dagenais d'avoir partagé sa documentation sur le phénomène avec autant de générosité.

Mes remerciements vont également aux Dr. Sima Aprahamian et Dr. Penny Pasdermadjian pour leurs précieux conseils et fidèle support depuis leur rencontre.

Enfin, j'ai une pensée pour tous ceux et toutes celles qui m'ont côtoyé pendant la réalisation de ce projet.

Lise Thibodeau

Introduction

« Étudier le suicide permet d'apprendre à identifier les traits particuliers d'une société »

(Inconnu)

Le suicide est un phénomène qui a évolué au fil du temps et les changements les plus spectaculaires sont attribués à la variable âge. En effet pendant cent cinquante ans, la croissance des taux avec l'âge est apparue comme une loi universelle, la quasi-totalité des pays présentant avec constance cette réalité. Un dérèglement brutal apparaît vers les années 1960 dans la plupart des pays occidentaux, particulièrement au Québec où les taux de suicide connaissent une croissance importante et où ceux des jeunes augmentent radicalement. Face à cette évolution, cette « loi » de l'augmentation du suicide avec l'âge se voit remise en question.

Certes, la littérature sociologique abonde sur le suicide, sans compter les autres disciplines qui approchent le phénomène selon leur spécialisation et les nombreuses études quantitatives qui en mesurent l'évolution. À l'échelle nationale, Santé nationale et Bien-être social Canada a créé en 1979 le *Groupe d'étude national sur le suicide au Canada* et présenté un premier rapport en 1987. Quelques années plus tard, une mise à jour du Rapport initial est produite par ce Groupe (1994). Au Québec, le suicide devient une préoccupation sociale qui suscite beaucoup d'intérêt. Soulignons les recherches de Marie-France Charron (1982) et les travaux incontournables de Danielle St-Laurent (2004, 2005).

Plus près de notre réflexion, Denis Morissette (1982) a étudié l'évolution de la mortalité par suicide de 1926 à 1979. Dans son mémoire, il constate l'augmentation de la suicidité chez les jeunes et le fait que chaque génération a des taux de suicide supérieurs à la précédente. Le même constat est fait dans l'étude de Beaupré et St-Laurent (1998) à partir de données mises à jour.

Depuis ces travaux dont l'un date déjà d'un quart de siècle¹, la mortalité par suicide au Québec a évolué et aucune étude depuis lors a repris la discussion sur les effets respectifs possibles de l'âge, de la période et de la génération en incluant les données plus récentes. Pourtant, les

¹ La dernière année compilée dans l'étude de Morissette est 1979.

importantes transformations du suicide du point de vue de l'âge sont bien connues : la distribution des suicides en fonction de l'âge au Québec ne suit pas la tendance du reste du Canada et se distingue également des observations au niveau international, notamment des États-Unis, de la France et spécialement du Japon.

Ainsi, le but général de notre étude est de suivre l'évolution de la mortalité par suicide au Québec du point de vue de l'âge entre 1926 et 2004, de discuter des effets respectifs possibles de l'âge, de la période et de la génération et d'offrir des pistes d'interprétation sociologique de cette évolution. Soulignons que les suicides complétés et les autres aspects du phénomène, dont les tentatives, idées et conduites suicidaires constituent des faits distincts dont nous ne traitons pas ici; seuls les suicides complétés entrent dans le cadre de notre étude.

L'originalité de ce mémoire se présente en deux points : premièrement, il étend l'analyse des données sur le suicide au Québec de 1926 jusqu'en 2004; deuxièmement, il propose un essai de discussion sociologique sur la relation entre le suicide et la variable âge qui est rarement au centre des interprétations.

Le premier chapitre est consacré à la mise en contexte. Il s'agit, dans un premier temps, d'exposer les transformations qui ont affecté la société québécoise depuis les années 1930, soit l'importante remise en question du régime des valeurs et des croyances. Ensuite, nous présentons un bilan synthétique des connaissances quantitatives permettant d'éclairer le phénomène au Québec sous l'angle de différentes variables sociodémographiques. Nous concluons ce chapitre en présentant la question de recherche qui guide notre processus de réflexion.

Le deuxième chapitre veut introduire certaines théories et idées sociologiques sur le suicide, de la littérature classique aux réflexions contemporaines. Nous présentons les auteurs classiques Émile Durkheim et Maurice Halbwachs qui ont étudié le suicide dans ses rapports avec la structure sociale. Nous exposerons leur théorie respective élaborée dans Le suicide (1897) et Les causes du suicide (1930) ainsi que leurs observations sur la variable âge. Nous poursuivons en présentant les réflexions contemporaines selon les perspectives microsociologiques, mixtes et macrosociologiques.

Le troisième chapitre présente les sources et méthodes utilisées dans notre étude. Nous discutons d'abord de la fiabilité des données statistiques sur le suicide et de la sous-estimation des taux. Nous définissons ensuite la période d'étude et les changements de la Classification Internationale des Maladies. Par la suite, nous décrivons les sources des données utilisées et les considérations entourant celles-ci. Pour les méthodes, nous présentons les indices globaux qui permettent de suivre l'évolution du suicide : le taux brut de mortalité par suicide, le taux comparatif et le taux selon l'âge. Nous mettons également en lumière la pertinence de l'analyse longitudinale et nous définissons ce qui est entendu par effet d'âge, de période et de génération.

Le quatrième chapitre est consacré à l'évolution de la mortalité par suicide du point de vue de l'âge et du sexe. Dans un premier temps, nous faisons le point sur l'évolution du phénomène selon l'âge en exposant nos résultats selon le taux brut, le taux comparatif et le taux selon l'âge. Ensuite, nous présentons la vision transversale et longitudinale de l'évolution du phénomène puis nous offrons des pistes d'interprétation sociologique de nos observations. Enfin, nous faisons état des limites de notre étude et des pistes possibles pour un meilleur examen du phénomène du suicide.

Au terme de ce parcours, notre réflexion aura, nous l'espérons, offert un éclairage supplémentaire aux transformations qui caractérisent l'évolution de la mortalité par suicide selon l'âge au Québec et, malgré ses limites, aura conduit à une meilleure compréhension d'un des facteurs les plus notoires de variation depuis deux siècles, la variable âge.

Chapitre 1

Le suicide au Québec, mise en contexte d'une préoccupation sociale

« Suicide » vient du latin *sui* (de soi) et *caedere* (tuer)
Sir Thomas Browne, *Religio Medici* 1642
(O.M.S, 2002 :205)

Ce chapitre présente les principaux éléments de la problématique du suicide au Québec. La première étape consistera à exposer les importantes transformations de la société québécoise survenues depuis les années 1930. À l'aide de facteurs sociodémographiques, nous présenterons par la suite un bilan synthétique des connaissances quantitatives actuelles sur le suicide au Québec et nous mettrons ces facteurs en perspective aux tendances internationales du phénomène. Enfin, nous formulerons la question et les objectifs de notre recherche.

1.1 Les transformations de la société québécoise depuis 1930

Une société, comme une culture, est perpétuellement en redéfinition et ses transformations se révèlent parfois profondes et rapides. Ainsi, la société québécoise a connu au cours du XX^e siècle une période agitée, caractérisée par une importante remise en question de ses structures et de ses valeurs. Ces changements sociaux vont redéfinir le Québec et marquer les générations à venir.

Suite à la deuxième révolution industrielle au Québec, au début des années trente, on observe un accroissement démographique important et le dépeuplement des régions au profit des métropoles, notamment Montréal. Durant cette période, marquée par une industrialisation et une urbanisation croissantes, la ville constitue un endroit où les problèmes de santé publique se posent avec beaucoup plus d'acuité (Bourbeau et Smuga, 2003 :54). La division entre Francophones et Anglophones s'accroît suite au contrôle de l'économie et des capitaux étrangers par l'élite anglophone (Garneau, 2005 :71). Les Francophones se retrouvent incapables d'accéder aux postes de dirigeants, une situation due à la barrière linguistique. Ainsi, ils doivent travailler au service de la bourgeoisie anglophone et cela entraîne la montée d'un fort sentiment nationaliste dans la population canadienne française. C'est donc principalement durant cette période, l'ère

Duplessis de 1930 à la fin des années 1950, que les changements sociaux qui allaient marquer le Québec sont apparus.

Premier ministre de la province de Québec de 1936 à 1939 et de 1944 à 1959, Maurice Duplessis prônait le retour à la terre et aux valeurs traditionnelles religieuses. Il réprimait avec vigueur les syndicats et les autres mouvements qui apportaient des idées de changements. À l'époque, l'Église catholique et son clergé exerçaient leur contrôle sur plusieurs sphères de la société québécoise, notamment les institutions politiques et scolaires. Pour l'Église, le métier d'agriculteur était considéré comme le plus noble et la ville était un endroit malsain. Ce modèle aura des répercussions démographiques dans toute la province et favorisera principalement le retour en région (la création de villages) et la hausse du taux de natalité (élargissement de la taille des familles). Il s'agira d'une période marquante au Québec, caractérisée par le contrôle excessif de l'Église sur les groupes d'individus évoluant à cette époque, soit la génération des parents des baby-boomers (1919-1939), les enfants de la guerre (1940-1945) et les baby-boomers (1946-1966). Sous le règne de Duplessis, les rôles de genre sont bien définis par l'Église, femme au foyer - homme pourvoyeur. Le suicide représente un crime contre Dieu et les personnes qui s'enlèvent la vie ne peuvent bénéficier d'obsèques religieuses. On peut imaginer le fardeau social que représente pour la famille du suicidé l'absence de ce rituel chargé de sens à l'époque. En définitive, l'exercice du pouvoir de Duplessis fut très controversé et aux élections de 1960, après seize années consécutives au pouvoir, l'Union nationale, dont il est le chef, est défaite. Le nouveau gouvernement du Parti libéral du Québec avec son chef Jean Lesage aspire à moderniser la société québécoise. On assiste alors à la fin du régime du *retour à la terre* et au début d'une nouvelle période que l'on nommera *la Révolution tranquille*. Cette révolution bouleversera la scène politique et sociale québécoise par l'impact qu'elles ont du point de vue religieux, économique, éducatif et familial. Toutefois, certains signes concrets témoignent encore à ce jour de la force de l'héritage de l'ère Duplessis. Par exemple, la lecture de la prière avant le début de l'assemblée du conseil municipal et la présence du crucifix à l'Assemblée nationale.

Ainsi, nouveau parti à la tête de la province de Québec, le gouvernement Lesage change le cap et nous assistons à la diminution substantielle de l'influence du clergé et de son pouvoir au niveau politique. L'État instaure dès 1961 des politiques sociales afin d'aider ses citoyens dans le

besoin, sans égard aux pratiques religieuses. Très rapidement, l'État poursuit la mise en place de structures sociales, notamment la création en 1964 du ministère de l'Éducation qui assure le financement du monde scolaire, puis en 1970 l'instauration du programme universel d'assurance-santé qui fait perdre aux communautés religieuses le contrôle des hôpitaux (Gratton, 1997 :273). Au même moment, l'Église catholique connaît une crise sévère, soit la défection de plusieurs de ses prêtres et religieuses qui s'élevait à 75 % pour les membres masculins entre 1961 et 1978. De plus, les fidèles sont moins pratiquants. En effet, les Québécois catholiques pratiquants qui assistent aux services deux fois par mois représentaient 88 % des catholiques romains en 1965; ils ne sont plus que 38 % en 1985 (Gratton, 1997 :274). Il s'agit d'une révolte contre l'autorité du clergé qui entraînera l'apparition de transformations majeures, dont l'essor de nouvelles valeurs sociales plus libérales.

À cette période, le Québec passe d'une société agricole à une société industrielle et post-industrielle. Dès les années 1960, une importante période de développement économique s'amorce : il faut moderniser et rattraper le retard qui a été pris. Ces modifications économiques permettent aux femmes une *seconde* entrée sur le marché du travail. Il ne s'agit plus de remplacer temporairement les hommes partis à la guerre, mais bien d'acquérir des emplois et d'aspirer aux carrières autrefois réservées aux hommes.

Les changements économiques et sociaux sont aussi reflétés au sein de la structure familiale. En effet, d'importantes transformations s'articulent au cœur de la famille et redéfinissent le rôle de ses membres. D'abord, « la loi 16 en 1964 établit désormais l'égalité juridique des époux et le droit pour des femmes d'exercer des responsabilités jusque-là interdites » (Gratton, 1997 :276). Depuis, les rôles traditionnels de l'homme pourvoyeur - femme au foyer ainsi que les rapports généraux entre les sexes se sont continuellement modifiés. L'ouverture de la société québécoise s'accompagne au début des années 1970 du mouvement des femmes, ce que certains appellent la *révolution sexuelle*. L'abstinence et le mariage font place à des morales sexuelles plus libres et personnelles. La pratique de la contraception est d'ailleurs de plus en plus répandue, un élément qui a permis aux couples et surtout aux femmes de maîtriser leur fécondité. On observe dès 1970 la baisse de la fécondité au Québec, passant sous le niveau de remplacement de 2,1 enfants par femme. On remarque également les faits suivants : l'apparition du mariage civil en 1968, la

diminution du taux de nuptialité dès 1972 ainsi que l'éclatement de la famille traditionnelle depuis le début de la Révolution tranquille. De même, le divorce est légalisé en 1968 et l'indice synthétique de divortialité quintuple entre 1969 et 1987, passant de 8,7 % à 44,8 % (Gratton, 1997 :277). L'union libre devient une option de plus en plus privilégiée par les couples. Les chercheurs constateront plus tard que les années 1960-1970, avec tous ces changements, marquent un tournant de la relation entre le suicide et l'âge.

La société québécoise est marquée au début des années 1980 par deux événements importants : (1) l'échec du premier référendum tenu le 20 mai 1980, une initiative du gouvernement du Québec dirigé à l'époque par René Lévesque qui avait pour objectif d'obtenir la souveraineté-association; (2) la crise et la restructuration économique qui dirigea le Québec vers de graves problèmes de chômage, le taux total atteint 13,9 % en 1983 (Boily, 1989 :219). En 1987, le Québec vit une profonde déception politique et sociale suite à l'échec de l'Accord du lac Meech².

Au début des années 1990, le gouvernement du Québec est pris avec une forte récession et un sérieux déficit budgétaire totalisant 1,7 milliard de dollars (Blais et Vaillancourt, 1989 :33). Les mesures prises par le gouvernement semblent réussir, car le taux de chômage baisse lentement en 1997 et 1998. Au cours de cette période économique agitée, la société québécoise fait face à une crise amérindienne durant l'été 1990 qui présente plusieurs incidents peu édifiants. Les événements s'enchaînent et un second référendum sur la souveraineté a lieu le 30 octobre 1995 et il s'agit, selon les analystes politiques, d'une période décisive de l'histoire du pays. Le non l'emporte pour une deuxième fois. Le début du XXI^e siècle est marqué par la révision fondamentale du droit de la famille au Québec. En effet, « en instituant, en 2002, l'union civile et en établissant de nouvelles règles de filiation et en légalisant, en 2005, le mariage homosexuel, le Québec (loi 84) et le Canada (loi C-38) se situent incontestablement à l'« avant-garde » des États démocratiques en matière de législation familiale » (Tahon, 2006).

L'ensemble de ces changements, parfois radicaux, bouleverse profondément la structure sociale québécoise. La rapidité des modifications à la suite de la chute du régime de Duplessis laisse

² L'Accord du lac Meech était un projet, qui serait devenu la Loi constitutionnelle, octroyait au Québec le statut de société distincte, mais il ne fut jamais entériné par toutes les provinces du Canada.

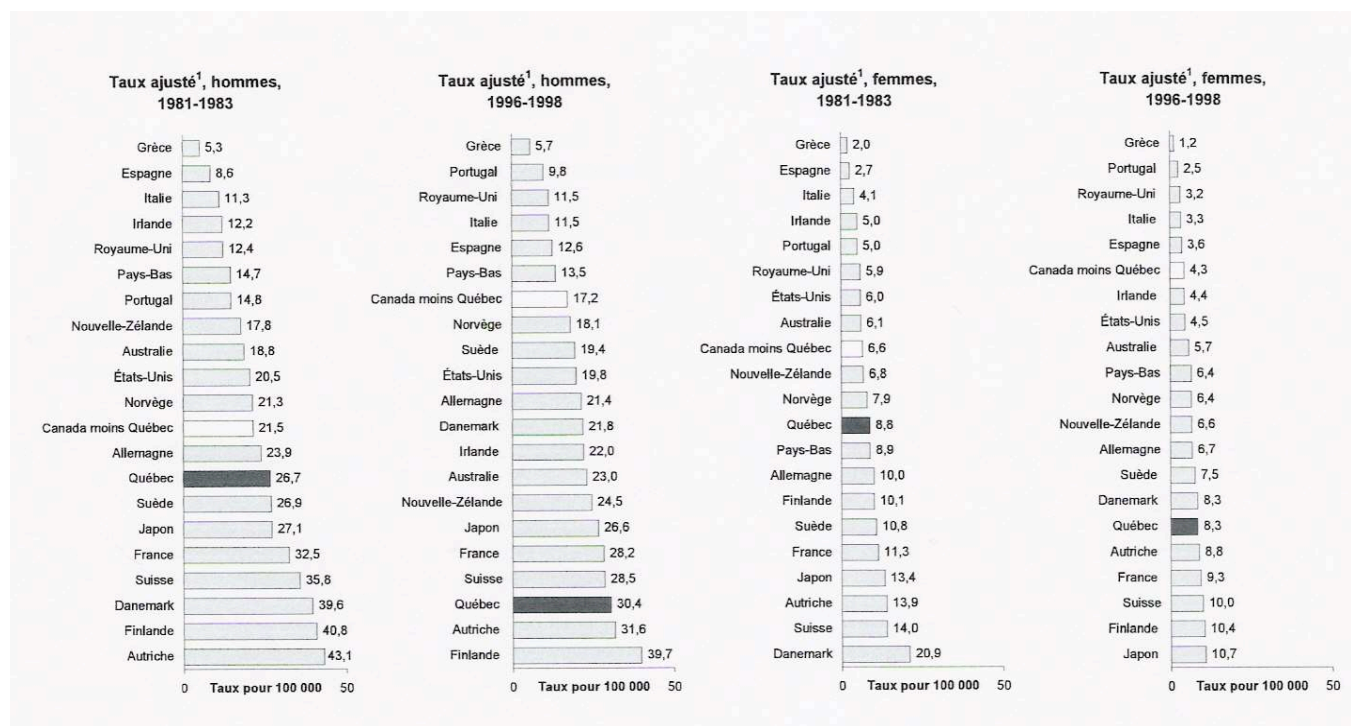
place à un climat moins puritain et plus permissif, permettant l'éclosion d'une nouvelle société aux valeurs plus souples. Néanmoins, nous verrons que cette période de questionnement et de restructuration coïncide avec la montée des taux de suicide au Québec.

1.2 Le suicide au Québec par rapport aux tendances internationales

Le suicide emporte plus de 815 000 personnes chaque année dans le monde (1,4 % de la charge de morbidité mondiale) pour un taux de mortalité de 14,2 pour 100 000 habitants (O.M.S., 2002 :205). Cependant, les comportements relatifs au suicide diffèrent selon le cycle de vie des pays, la culture, le rôle des genres et bien d'autres facteurs. Examinons les caractéristiques de ce phénomène qui s'est considérablement transformé au cours de la dernière moitié du XX^e siècle au Québec.

L'examen des données nationales sur le suicide montre que la province de Québec se positionne au premier rang vis-à-vis du reste du Canada (excluant les territoires). En fait, bien qu'historiquement les taux de suicide aient eu tendance à augmenter d'est en ouest au Canada, le Québec est la province à laquelle on associe le taux comparatif le plus élevé depuis 1993 (Langlois, 2002 :14). Depuis le début des années 1990, les provinces de l'Alberta, de la Colombie-Britannique et de l'Ontario connaissent une baisse de leurs taux de suicide, particulièrement chez les hommes alors qu'on observe l'effet contraire au Québec. Soulignons néanmoins l'importante sous-déclaration de décès par suicide en Ontario, alors que les écarts interprovinciaux pourraient s'expliquer par le climat plus permissif à l'égard du suicide dans certaines provinces et « des différences entre les méthodes de codage de la cause du décès de même que la rapidité avec laquelle les données sur la mortalité sont produites » (Langlois, 2002 :14). Cela dit, même si des correctifs nécessaires étaient apportés, le Québec maintiendrait des taux plus élevés que les autres provinces canadiennes (St-Laurent et Bouchard, 2004 :3). Ainsi, entre 1981-1983 et 1996-1998, « le taux des Québécois a augmenté de 14 % alors que les taux moyens des pays industrialisés ont diminué de 8 % » (voir graphique 1.1) (St-Laurent et Bouchard, 2004 :24).

Graphique 1.1
Taux ajusté de mortalité par suicide, comparaison internationale, selon le sexe,
1981-1983 et 1996-1998



Source : (St-Laurent et Bouchard, 2004 :23).

Cela dit, le phénomène n'a pas toujours eu la même importance dans la province. En effet, le suicide au Québec est devenu avec le temps une cause de décès de plus en plus importante, d'abord parmi les décès violents³, puis au sein des causes globales. En 1926, le suicide est une source contribuant relativement peu au nombre de décès global, soit 0,2 % de tous les décès. Par contre, il constitue 2,3 % en 1979, 2,7 % en 1995 et puis 2,4 % en 2001 (chez les hommes en 2005 : 4,1). Sur la période de 1976 à 1996, l'ascension des taux au Québec pour l'ensemble de la population se chiffre à 62 % et au début du XXI^e siècle, près de quatre personnes trouvent la mort par suicide chaque jour au Québec (Garneau, 2005 :28 et St-Laurent et Bouchard, 2005 :316).

³ La catégorie des décès violents comprend les accidents de la route, homicides, suicides, noyades, incendies et chutes.

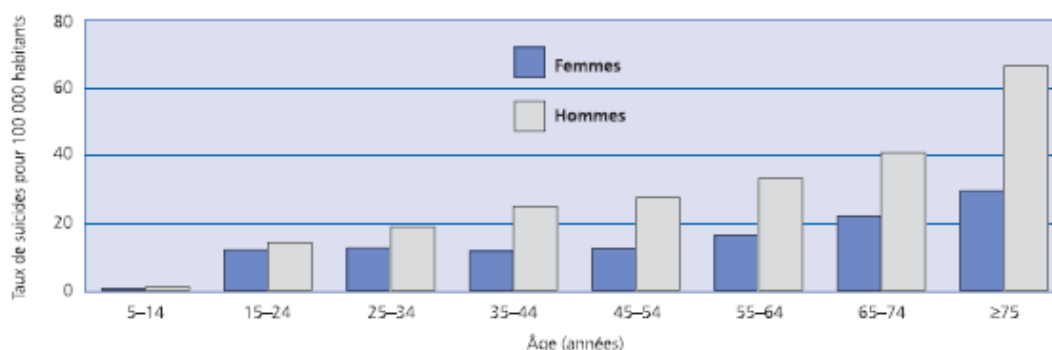
Cela dit, le bilan synthétique des connaissances quantitatives actuelles sur les facteurs sociodémographiques de l'âge, le sexe, la variation régionale, la religion, l'état matrimonial, le statut professionnel et économique, les moyens utilisés, l'immigration et le groupe ethnique (peuples autochtones) offrent une idée d'ensemble de la problématique au Québec. Débutons notre survol statistique par la variable âge.

1.2.1 Âge

La mortalité par suicide varie considérablement selon les groupes d'âge au Québec. Depuis des siècles une règle fait figure de régularité : on se suicide davantage au fur et à mesure qu'on avance dans la vie. Au Québec le phénomène a longtemps suivi cette tendance, cependant plusieurs études révèlent qu'il y a, depuis quarante ans, une constante et forte montée du taux chez les jeunes, questionnant ainsi cette loi universelle. L'augmentation des taux chez les jeunes, spécialement pour les hommes de 15-24 ans, est observée au niveau mondial à partir de 1980 jusqu'à la fin des années 1990. Elle se présente notamment en Angleterre, au Pays de Galles, au Canada, en Nouvelle-Zélande, aux États-Unis, en Irlande, en France, en Belgique, en Norvège, aux Pays-Bas, en Espagne, en Italie, en Colombie et au Brésil (De Leo et Evans, 2003 :19). Cependant, selon les données transmises à l'Organisation mondiale de la santé, la progression du suicide avec l'âge continue de se vérifier au niveau mondial autant pour les hommes que pour les femmes (voir graphique 1.2) (O.M.S., 2002 :11).

Graphique 1.2

Taux de suicides mondiaux par âge et par sexe, 1995



Source : (O.M.S., 2002 :208)

Les recherches de Morissette (1982) ont dévoilé que les changements pour les jeunes hommes sont particulièrement significatifs après 1961. En effet, les taux des jeunes hommes se rapprochent des plus élevés enregistrés dans la province : « une analyse par groupe quinquennal aurait permis de voir que les valeurs maximales sont toujours plus élevées chez les hommes de 20-24 ans, à l'exception de quelques années » (Beaupré et St-Laurent, 1998 :70). Plus précisément, D'Amours (1998) pour le compte du C.P.J. affirme qu'« un examen des taux de suicide dans les différentes tranches d'âge indique que dans la plupart des autres provinces canadiennes et des pays occidentaux, les taux maximaux de suicide se trouvent chez les hommes de plus de 70 ans tandis qu'au Québec, les valeurs les plus élevées se trouvent chez les jeunes hommes de 20-29 ans. Il s'agit là d'un particularisme québécois » (D'Amours, 1998 :63). La croissance entre 1975-1979 et 1985-1989 du taux moyen de suicide chez les jeunes hommes de 15-29 ans s'élève à près de 10 points (23,8 pour 100 000 à 33,2). Quelques années plus tard (en 1995), le suicide est la première cause de mortalité des jeunes hommes de 15-39 ans avec près de 4 décès sur 10 (D'Amours, 1995 :66 et Beaupré et St-Laurent, 1998 :68).

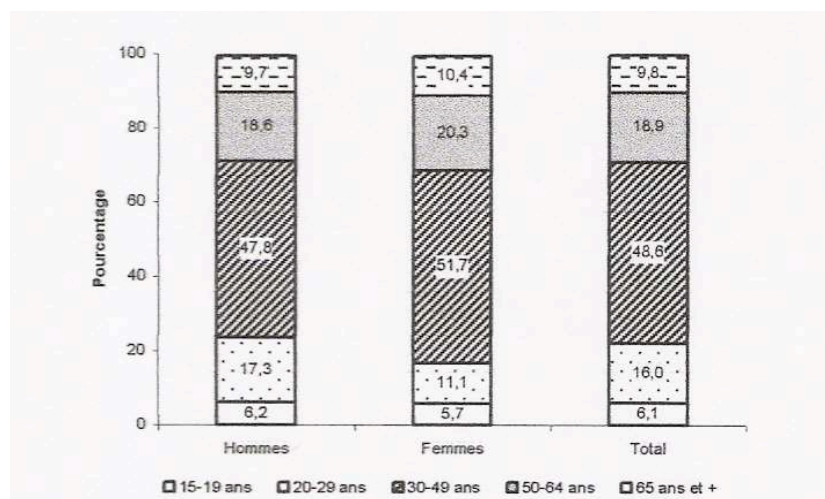
Au vu de ces transformations, on a tout lieu de croire que le suicide est essentiellement un phénomène de jeunes. Pourtant, Morissette (1982) avait montré que le taux de suicide avant 1961 augmente progressivement avec l'âge jusqu'à 60-64 ans (diminue par la suite) et malgré l'augmentation plus rapide des taux des jeunes hommes dès 1966, ces changements se reflètent par l'apparition en 1971 d'une courbe bimodale à 20-24 ans et 55-59 ans⁴ (Morissette, 1982 :54). De plus, les études de Beaupré et St-Laurent (1998) et de St-Laurent et Bouchard (2004) ont exposé que : (1) la moitié des suicides au Québec survient chez les 30-49 ans (1999-2001); (2) le taux de suicide des jeunes hommes de 15-19 ans est plutôt comparable à celui observé chez les hommes de 65 ans et plus (voir graphique 1.3) et (3) la progression du suicide chez les hommes au Québec est le fait des moins de 55 ans et les taux ne sont pas uniquement élevés pour les jeunes, mais bien auprès des 15-19 ans à 50-54 ans (Beaupré et St-Laurent, 1998 :48). D'ailleurs, « sur l'ensemble de la période (1976-1995), on retient que l'augmentation entre 1976 et 1983 a touché tous les groupes d'âge (Beaupré et St-Laurent, 1998 :71). La méconception sur la jeunesse du phénomène peut s'expliquer selon St-Laurent et Bouchard (2004) par le fait que : « la progression du suicide s'est faite dans tous les groupes d'âge chez les hommes et a été plus

⁴ Les taux de suicide chutent après 60 ans.

spectaculaire chez les 15-19 ans et les 30-49 ans » (St-Laurent et Bouchard, 2004 :4). En effet, l'augmentation entre 1976 et 1995 du « taux de mortalité moyen a augmenté respectivement de 88 % chez les 15-24 ans⁵ et de 54 % chez les 25-54 ans⁶ » (Beaupré et St-Laurent, 1998 :70).

Graphique 1.3

Distribution des décès par suicide selon les groupes d'âge, Québec, 1999-2001



Source : (St-Laurent et Bouchard, 2004 :4)

Ainsi, deux faits principaux ressortent des recherches sur le suicide et l'âge jusqu'à présent : l'augmentation des taux dans tous les groupes d'âge depuis 1960 et la progression rapide du phénomène chez les jeunes. Cette situation différencie le Québec des autres pays, notamment des États-Unis, de la France et du Japon. D'abord, l'évolution du suicide selon l'âge aux États-Unis est décrite comme l'uniformisation des taux : en 1950 le suicide croît avec l'âge puis en 1990 les taux entre 20 et 65 ans sont similaires (voir le graphique en annexe A1.1). En fait, dans la seconde moitié du XX^e siècle, le suicide diminue chez les adultes et les personnes âgées alors que le taux des jeunes de 15 à 24 ans a triplé. La progression des taux de suicide chez les jeunes est un fait similaire, mais contrairement aux États-Unis, les recherches au Québec ne révèlent pas l'uniformisation des taux entre 20 et 65 ans. Bien au contraire, des groupes d'âge sont plus touchés⁷.

⁵ 21,2 pour 100 000 à 39,9

⁶ 25,7 pour 100 000 à 39,7

⁷ Rappelons que la moitié des suicides au Québec survient chez les 30-49 ans (1999-2001)

La situation au Québec se démarque également de celle en France, car, dans ce pays, le mouvement des courbes du suicide montre qu'au même moment où il y a augmentation du taux de suicide chez les jeunes, celui des personnes âgées diminue (voir graphique en annexe A1.2). Rappelons qu'au Québec l'étude de St-Laurent et Bouchard (1998) montre que l'augmentation des taux s'effectue dans tous les groupes d'âge. Enfin, le Japon présente des statistiques surprenantes d'autant plus que ce pays a longtemps été identifié, et à tort, comme société suicidante par l'absence de compréhension sociale de l'acte. En effet, Baudelot et Establet (2006) rapportent entre 1950 et 1995 la diminution des taux de suicide à tous les âges, hommes et femmes (voir graphique en annexe A1.3). Cette situation est complètement contraire à la réalité observée au Québec alors que le taux de suicide connaît une forte augmentation.

Cela dit, la relation entre le suicide et l'âge au Québec continue d'étonner. Il ressort des travaux de Morissette (1982), de Charon (1984) et de Beaupré et St-Laurent (1998) une aggravation du comportement suicidaire pour chaque groupe de personnes nées la même année depuis 1926. En fait, chaque génération, à âge égal, a un taux de suicide plus élevé que la précédente (Morissette, 1982 :60, Charron, 1984 :383 et Beaupré et St-Laurent, 1998 :77). Malgré la brève période analysée dans l'étude de Beaupré et St-Laurent⁸, celle-ci démontre l'augmentation de la propension au suicide chez les générations du baby-boom et que « la hausse du taux de suicide se poursuit toujours chez les jeunes générations, bien qu'elle soit moins forte » (Beaupré et St-Laurent, 1998 :48).

1.2.2 Sexe

Les données globales sur le suicide au Québec cachent deux réalités bien distinctes, selon qu'il s'agit des hommes ou des femmes. Peu importe la période, les hommes se suicident beaucoup plus fréquemment que les femmes dans l'ensemble de la province, seul le ratio varie. Selon Morissette (1982), « le rapport du suicide masculin au suicide féminin a varié pendant la période 1931-1976 de 4,2 à 2,8 » (Morissette, 1982 :68). L'auteur fait remarquer que c'est au début de la période que le rapport est plus élevé alors que depuis 1966 il est en moyenne de trois pour un. Cette tendance relevée au Québec d'environ trois décès par suicide masculin pour un féminin est similaire aux observations mondiales de l'O.M.S. En effet, les taux de suicide dans la

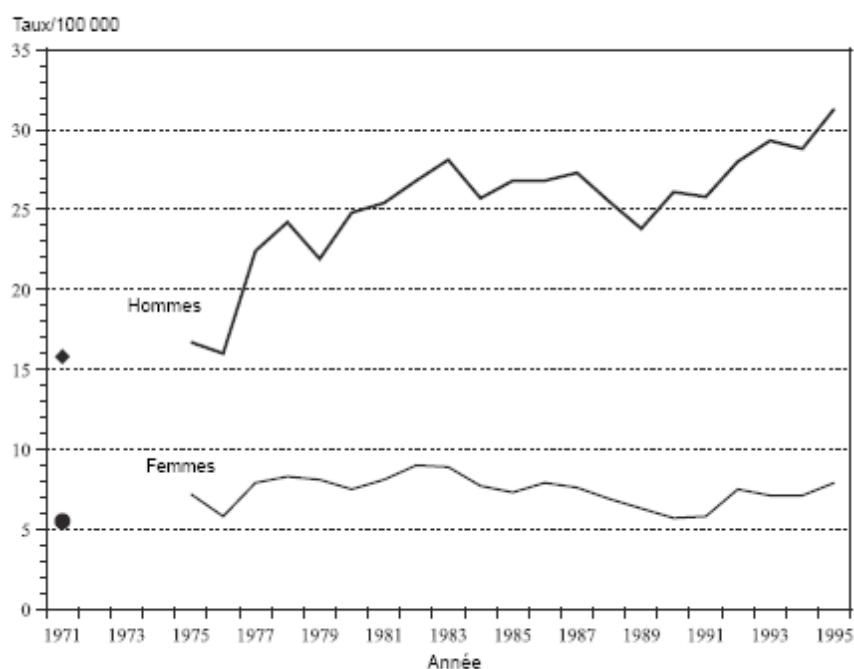
⁸ 1971-1995

majorité des pays sont plus élevés pour les hommes que les femmes et, en moyenne, le rapport mondial est le même qu'au Québec. La seule exception connue à ce jour à la surmortalité masculine est le cas de la Chine où les femmes s'enlèvent la vie en plus grand nombre que les hommes. L'Organisation mondiale de la santé rapporte un taux de suicide en 1999 pour la Chine (sélection rurale et région urbaine) de 13,0 pour 100 000 pour les hommes et de 14,8 pour les femmes (O.M.S., 2003). Ainsi, la surmortalité masculine est un fait confirmé, mais des différences entre les sexes sur le rythme et l'ampleur de la progression du phénomène caractérisent le Québec.

D'abord, le rythme de croissance du phénomène au Québec est beaucoup plus rapide pour les hommes que les femmes, en plus d'avoir un niveau clairement distinct (voir graphique 1.4). En effet, le taux de suicide des hommes tous âges confondus augmente rapidement entre 1971-1995. Selon le calcul de Beaupré et St-Laurent (1998), la croissance s'élève à 98 % pour les hommes comparativement à 44 % pour les femmes (Beaupré et St-Laurent, 1998 :69).

Graphique 1.4

Taux comparatif de mortalité par suicide selon le sexe, Québec, 1971-1995



Source : (Beaupré et St-Laurent, 1998 :69).

Plus précisément, c'est au cours de la période de 1976 à 1983 que la progression est la plus rapide : le taux des hommes passe d'environ 16 pour 100 000 à près de 30. À partir de cette période, le taux de suicide des hommes au Québec est plus fort que celui enregistré au niveau mondial. Pour les femmes, les variations associées au suicide se font beaucoup plus lentement et la progression du taux est considérablement moins forte. Selon les données de Morissette (1982), le taux comparatif de mortalité augmente progressivement depuis les années 1960 jusqu'à la fin 1970 : passe de 2,5 à 5,8 pour 100 000 (Morissette, 1982 :102). Les femmes connaissent une légère baisse après 1983 « qui va se poursuivre lentement, pour s'interrompre en 1991 » (Beaupré et St-Laurent, 1998 :69). Pour les hommes, cette période (1983-1990) est caractérisée par des fluctuations en dents-de-scie avec une tendance légère à la baisse. Les cinq années suivantes (1990-1995) sont marquées par l'augmentation des taux et l'amplification de l'écart entre les sexes : le taux des hommes en 1995 est de 31,3 pour 100 000 alors que celui des femmes est de 7,9. Parmi les faits saillants de Beaupré et St-Laurent, le suicide est « aujourd'hui une cause importante de mortalité prématurée chez les hommes » (St-Laurent et Bouchard, 2004 :3).

1.2.3 Variations régionales

Le suicide affecte donc davantage les hommes que les femmes, mais touche également plus particulièrement certaines régions du Québec. Tous les indices recueillis en son temps par Durkheim montrent que le suicide à son époque est un fait urbain (Baudelot et Establet, 1984 :63). Au contraire, un siècle plus tard la tendance s'est inversée et à présent les plus hauts taux de suicide s'observent dans les régions rurales. Cela est également vrai au niveau mondial, bien qu'il arrive encore que, dans certains pays, le suicide soit plus fréquent dans les zones urbaines que dans les zones rurales (O.M.S., 2001 :7).

Au Québec, selon les données rapportées au tableau I par le ministère du Développement économique, de l'Innovation et de l'Exportation sur les périodes de 1992-1996 et 1997-2001, le suicide est concentré de façon générale dans les régions rurales et non pas dans les centres urbains.

Tableau I
Taux de mortalité ajusté par suicide, pour 100 000 personnes, selon le sexe,
1992-1996 et 1997-2001

Régions administratives ²	1992-1996			1997-2001		
	H	F	Total	H	F	Total
	Nombre			Nombre		
01 Bas-Saint-Laurent	30,6	7,4	19,0	41,8	9,6	25,4
02 Saguenay-Lac-Saint-Jean	34,1	9,2	21,8	32,4	8,2	20,4
03 Capitale-Nationale	33,0	10,1	21,4	37,5	11,6	24,3
04 Mauricie et Centre-du-Québec	36,9	10,1	23,3	40,5	9,6	25,0
05 Estrie	33,4	9,6	21,3	34,1	8,2	21,1
06 Montréal	24,6	8,0	16,0	23,5	6,6	14,9
07 Outaouais	32,9	7,3	19,8	30,0	7,5	18,7
08 Abitibi-Témiscamingue	44,9	7,2	26,3	44,2	10,7	27,6
09 Côte-Nord	46,1	5,9	26,3	41,1	5,0	23,5
11 Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	29,5	3,4	16,5	27,7	4,2	16,0
12 Chaudière-Appalaches	41,6	10,1	25,7	38,7	11,7	25,1
13 Laval	25,1	8,0	16,4	22,1	6,9	14,3
14 Lanaudière	27,8	7,6	17,6	32,3	7,2	19,8
15 Laurentides	32,4	5,9	19,2	31,3	7,2	19,2
16 Montérégie	25,9	6,0	15,8	24,8	6,8	15,7
Ensemble du Québec	30,2	7,9	18,8	30,5	7,9	19,0

Source : (Québec. MDEIEQ, 2006 :103)

Ce découpage de la province de Québec regroupant sa population totale en 16 régions permet de comparer le taux de mortalité ajusté par suicide selon les régions. De là, les plus hauts taux de mortalité ajustés par suicide (sexes réunis) se présentent pour la première période (1992-1996) dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue (26,3 pour 100 000), de la Côte-Nord (26,3) et de la Chaudière-Appalaches (25,7). Les centres urbains Montréal et Laval sont parmi les régions qui affichent les taux les plus faibles, respectivement 16,0 pour 100 000 et 16,4. Le centre urbain de la Capitale-Nationale (Québec) a un taux ajusté de 21,4 pour 100 000, nettement supérieur aux deux autres centres urbains, mais il demeure moins élevé que ceux observés dans les régions rurales.

Les données pour 1997-2001 montrent que la situation a très peu changé depuis 1992-1996 et qu'il existe toujours des écarts importants entre les régions du Québec. Ainsi, le taux de mortalité ajusté pour 1997-2001 varie entre 27,6 pour 100 000 (Abitibi-Témiscamingue) et 14,3 (Laval). La progression est cependant considérable pour certaines régions, notamment le Bas-

Saint-Laurent dont le taux passe de 19,0 pour 100 000 en 1992-1996 à 25,4 en 1997-2001, une augmentation de 6,4 points.

La distinction des taux de 1997-2001 selon les régions administratives en fonction du sexe présente certaines différences entre les régions. Du côté des hommes, le taux ajusté pour l'ensemble du Québec s'élève à 30,5 pour 100 000 alors qu'il n'est que de 7,9 au sein des femmes. L'écart entre les régions augmente, passant de 44,2 pour 100 000 en Abitibi-Témiscamingue à 22,1 à Laval. Les deux centres urbains, Montréal et Laval, sont au dernier rang du classement masculin. Chez les femmes, le taux pour l'ensemble du Québec est de 7,9 pour 100 000 et les variations entre régions sont plus modérées : 11,7 (Chaudière-Appalaches) à 4,2 (Gaspésie-Îles-de-la-Madelaine). Plusieurs similitudes, mais également certaines disparités importantes apparaissent entre la répartition régionale des taux de suicide des hommes et les femmes. Parmi ces disparités, le taux ajusté des hommes dans la Capitale-Nationale est au sixième rang sur 16 avec un taux de 37,5 pour 100 000, alors que cette région occupe le deuxième rang le plus élevé pour les femmes avec 11,6 pour 100 000. Aussi, la région de la Côte-Nord pour les femmes a le deuxième taux ajusté le plus faible (5,0 pour 100 000) alors que le taux des hommes occupe le troisième rang le plus élevé (41,1).

1.2.4 Religion

L'incidence de la religion sur le comportement suicidaire apparaît conforme à la théorie de Durkheim qui remonte à plus d'un siècle : les taux sont inférieurs là où l'intégration religieuse est importante. Une étude présentée par l'O.M.S. (2002) offre un classement approximatif par appartenance religieuse, en ordre croissant, des taux de suicide les plus faibles aux plus élevés :

1. Pays majoritairement musulman
2. Pays à prédominance catholique
3. Pays où beaucoup de gens sont protestants
4. Pays où le bouddhisme, l'hindouisme ou d'autres religions asiatiques sont prédominants
5. Pays où il est interdit ou fortement déconseillé de pratiquer une religion

(O.M.S., 2002 :219)

Au Québec, la réflexion sur le lien entre le suicide et la religion est appropriée car, comme on le sait, l'Église catholique et son clergé ont longtemps exercé leur contrôle sur plusieurs sphères de la société et ses structures avaient proclamé que le comportement suicidaire était comme un crime contre Dieu. Ainsi, menée à l'Université Laval pour le compte du Bureau du coronar, une étude comparative Québec - France - Irlande - Australie a analysé le lien entre l'augmentation des taux de suicide depuis quarante ans et l'effritement de la religion catholique dans la société québécoise. Ainsi, « les chercheurs ont découvert que le taux de suicide avait augmenté chez les hommes dans les sociétés où, historiquement, l'institution religieuse avait été la plus déterminante dans la définition des rôles familiaux et des identités de genre » (Larose, Université Laval, 2004). D'autres études plus littéraires que statistiques discutent du phénomène, notamment celle du Père Edmond Robillard (1983), l'article collectif de Guy-M. Bertrand (1985), Serge Gagnon (1987) et le livret d'Éric Volent (2001).

1.2.5 État matrimonial

La relation entre le taux de suicide et l'état matrimonial semble inchangée avec le temps. Conformément aux observations de Durkheim, le mariage offre une forme de *protection* contre le suicide, néanmoins le mariage ne protège pas dans toutes les cultures (O.M.S., 2002 :216). Selon SUPRE-MISS (2001) et Morissette (1982), trois constantes se présentent pour l'état matrimonial : (1) le risque de suicide est plus élevé chez les divorcés, les veufs et les célibataires; (2) le mariage serait un agent *plus protecteur* pour les hommes que les femmes et (3) la séparation conjugale et la vie solitaire aggravent le risque de suicide (SUPRE, 2001 :6 et Morissette, 1982 :70).

L'étude de Charron (1982) sur la période 1976-77-78 au Québec démontre que les personnes mariées ont le plus faible risque de décès par suicide, à la fois chez les hommes et les femmes. « Viennent ensuite les célibataires avec un risque 3 à 4 fois plus élevé que les personnes mariées, puis les gens séparés ou divorcés qui présentent un risque 5 fois plus grand que celui des personnes mariées » (Charron, 1982 :172). Aussi, il apparaît que les veuves ont un risque de décès similaire à celui des femmes séparées ou divorcées, par contre le veuvage pour les hommes est l'état auquel le plus grand risque de suicide est associé (Charron, 1982 :172). Depuis cette

recherche, certaines études ont examiné le lien général entre le suicide et l'état matrimonial au Québec sans être concentrées spécifiquement sur cette relation.

1.2.6 Statut professionnel et économique

Les phases du cycle économique se présentent à divers moments dans les sociétés et il ressort de plusieurs études que le taux de suicide augmente pendant les périodes de récession économique et de fort chômage (O.M.S., 2002 :218). L'inverse a également été démontré, soit qu'il baisse durant les périodes prospères et les guerres. Les travaux de Chesnais et Vallin (1981) indiquent que l'incidence du suicide en temps ordinaire est stable et n'évolue qu'à long terme, alors que, pendant la crise des années 1930, il y a eu une augmentation exceptionnelle du phénomène (Chesnais et Vallin, 1981). De plus, il existe une relation générale entre la richesse d'un pays et son taux de suicide : plus un pays est riche plus on s'y suicide (Baudelot et Establet, 2006 :37). Néanmoins, ce ne sont pas nécessairement les individus aisés financièrement des pays riches qui se suicident le plus. En effet, la détresse financière personnelle est un aspect à examiner de plus près.

Alors qu'au XIX^e siècle la misère protège, selon Durkheim, le comportement suicidaire au XX^e siècle est plus fréquent chez les chômeurs que chez les personnes qui travaillent. En fait, « la pauvreté et un rôle social amoindri, deux conséquences du chômage, semblent souvent associés à un comportement plus suicidaire, surtout lorsque l'emploi est perdu soudainement » (O.M.S., 2002 :219). Selon Weyerer et Wiedenmann (1989), il apparaît que « c'est en période de désintégration sociale, quand le chômage est élevé, que l'aide ou la protection sociale est minime et que l'on n'est pas à l'abri d'une faillite, que l'on trouve la corrélation la plus nette » (O.M.S., 2002 :218). Ainsi, une forte relation existe entre le suicide et le chômage, mais celle-ci s'avère complexe et entretenue par l'apport de différents facteurs. Au Québec, St-Laurent et Tennina (2000) présentent des données sur le statut d'activité des suicidés. La définition utilisée du statut d'activité comprend cinq catégories : en emploi, aux études, à la retraite, *tient maison* et sans emploi (St-Laurent et Tennina, 2000 :20). S'ajoutent à l'enquête des catégories particulières pour les chômeurs, les bénéficiaires de l'aide sociale et les personnes inactives pour cause de maladie. L'étude révèle que 35,8 % des suicidés occupaient un emploi, alors que les autres n'étaient pas sur le marché du travail (64 % dans les autres catégories). Aussi, le statut d'activité des suicidés

diffère significativement selon le sexe : « au total 44,3 % des hommes occupaient un emploi ou étudiaient au moment du décès. Chez les femmes, cette proportion est plus faible (32,9 %) » (St-Laurent et Tennina, 2000 :21). Cependant, il faut prendre en considération le nombre de cas et la brève période de l'étude qui limite l'interprétation des résultats obtenus⁹. La recherche dans ce domaine au Québec, comme au niveau mondial, est limitée.

En ce qui a trait aux catégories professionnelles, certaines sont reconnues pour avoir un risque élevé de suicide, notamment les vétérinaires, les pharmaciens, les dentistes, les médecins et les fermiers (O.M.S., 2001 :6). Selon l'Organisation mondiale de la santé, il n'y a pas d'explication précise à cette constatation. Les causes invoquées sont « l'accès aux moyens létaux, la pression professionnelle, l'isolement social, les difficultés financières » (O.M.S., 2001 :6).

Enfin, le suicide a un prix humain et économique pour les pays affectés et il en « coûte des milliards de dollars par an à leur économie en soins de santé, en frais de justice (...) et en perte de productivité » (O.M.S., 2002 :12). L'étude réalisée par Clayton et Barceló (1996) estime le coût total moyen d'un décès par suicide survenu au Nouveau-Brunswick à plus de 849 000 dollars américains. Dans l'ensemble, les coûts directs et indirects, y compris pour les services de santé, les autopsies, les enquêtes de police et la perte de productivité résultant de décès prématurés, approcheraient 80 millions de dollars américains pour les 94 décès survenus par suicide au Nouveau-Brunswick en 1996 (Clayton et Barceló, 1999 :106).

1.2.7 Moyens utilisés

Les moyens utilisés afin de s'enlever la vie varient selon l'époque et le sexe, mais une constante s'impose : les femmes emploient toujours des moyens moins radicaux que les hommes, peu importe le pays (Morissette, 1982 :89). Ainsi, les moyens de suicide les plus efficaces et violents seraient utilisés par les hommes, parmi ceux-ci on compte l'usage des armes à feu.

L'analyse générale de la situation au Québec dans l'étude de St-Laurent et Bouchard (2004) sur les périodes de 1976-1978 et de 1999-2001 permet de voir que les suicides par armes à feu ont diminué de plus de moitié, alors que les suicides par pendaison, strangulation et asphyxie ont

⁹ Comprend 411 suicides survenus entre le 1er septembre et le 31 décembre 1996.

doublé (voir graphique en annexe A1.4 et A1.5). En conséquence, la pendaison, la strangulation et l'asphyxie ont été les moyens les plus souvent utilisés (un peu plus de 50 %), suivi par l'ingestion de médicaments ou drogues et par les armes à feu ou explosifs. Parmi les particularités récentes (1999-2001) associées à chaque sexe, les hommes utilisent les armes à feu « dans près de 1 cas sur 5 tandis que chez les femmes, cette proportion est de 1 sur 20 » (St-Laurent et Bouchard, 2004 :8). L'incidence de la loi sur la possession des armes à feu au Canada¹⁰ doit cependant être prise en compte, bien qu'elle s'applique aux deux sexes. Cela dit, dans l'ensemble de l'Amérique du Nord, le Québec a la plus faible utilisation de l'arme à feu dans le cas de suicide, alors que presque 60 % des suicides aux États-Unis sont commis à l'aide de ce moyen (Langlois, 2002 :15). Autre distinction, les hommes se suicident par pendaison ou strangulation dans une proportion plus importante que les femmes, respectivement 55,4 % contre 46,8 % (1999-2001). Par ailleurs, les femmes sont plus susceptibles de consommer des médicaments ou des drogues pour se suicider : 1 femme sur 3 utilise ce type de moyen pour se suicider contre seulement 1 homme sur 10.

1.2.8 Immigration

Toutes les catégories de la population ne sont pas touchées uniformément par le suicide, et ceci est aussi vrai pour les populations natives et immigrantes. Considérant l'absence d'étude proprement dirigée vers la société québécoise, les travaux de Trovato (1986) et Caron Malenfant (2004) sont utilisés afin de décrire la situation. Ainsi, Trovato (1986) relevait des écarts significatifs quant aux risques de suicide des immigrants comparativement aux natifs du Canada. Cependant, depuis cette recherche, la composition de la population immigrante au Canada et au Québec s'est transformée. En effet, « le pourcentage d'immigrants nés en Europe a diminué et le pourcentage en provenance d'Asie a augmenté de façon appréciable (...) la population d'immigrants est plus âgée que la population de personnes nées au Canada¹¹ (Caron Malenfant, 2004 :9-11).

¹⁰ La loi sur le contrôle des armes à feu au Canada a été déposée en 1995.

¹¹ Cette situation est attribuable au nombre important d'immigrants dont l'âge d'arrivée se situe entre 25 et 40 ans.

Prenant en considération ces changements, le travail de Caron Malenfant (2004) centré sur le recensement de 1991 et 1996 rapporte principalement trois faits. D'abord, les immigrants, autant les hommes que les femmes, sont moins susceptibles de se suicider que les personnes nées au Canada. En effet, le suicide représente une cause de décès relativement faible auprès de la population d'immigrants au Canada : « du nombre annuel moyen de suicides enregistrés de 1995 à 1997, 537 ont été commis par des immigrants et 3 328 par des personnes nées au Canada. Ces chiffres se traduisent par des taux bruts de suicide de 9,9 et de 13,9 pour 100 000, respectivement » (Caron Malenfant, 2004 :12). Caron Malenfant fait remarquer que la proportion de suicides chez les immigrants est plus élevée chez les hommes que les femmes, mais l'écart est moins prononcé entre les sexes que pour la population native. En second lieu, Caron Malenfant démontre que le taux de suicide chez les immigrants augmente presque régulièrement avec l'âge. Ainsi, en 1995-1997, les plus hauts taux sont enregistrés chez les personnes âgées de 75 ans et plus avec 17,9 pour 100 000 comparativement aux Canadiens de souche dont le risque de suicide culmine de 35 à 44 ans (Caron Malenfant, 2004 :14). Ainsi, le profil statistique du suicide chez les immigrants ressemble davantage à celui observé dans les pays d'origine qu'à celui des personnes nées au Canada et la courbe selon l'âge chez les immigrants suit la tendance mondiale publiée pour 1995 par l'O.M.S., et ce, particulièrement pour les hommes (Caron Malenfant, 2004 :14). Enfin, il apparaît dans les résultats de l'étude qu'il y a un effet *protecteur* des zones urbaines, soit des taux de suicide moins élevés « chez les immigrants établis à Toronto, à Montréal ou à Vancouver que ceux vivant ailleurs au Canada » (Caron Malenfant, 2004 :15).

1.2.9 Peuples autochtones

D'abord, « le Québec compte deux peuples autochtones, soit les Inuits et les Premières nations, qui possèdent leur propre langue, leurs coutumes, leur mode de vie et leurs croyances spirituelles » (ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien, 2004). Ces nations forment 1 % de la population québécoise, ce qui représente environ 68 000 personnes. Généralement, le taux de suicide observé dans ce segment de population est considérablement élevé. En effet, Kermayer et al (1998) enregistrent des taux de 195 pour 100 000 pour les jeunes Inuits de l'Arctique canadien de 15 à 25 ans (O.M.S., 2002 :210). La situation semble être liée à l'état de crise, mais étant donné la taille limitée de cette population, il est difficile de comparer ces taux phénoménaux. Pour cela, nous retiendrons que les suicides autochtones sont cumulés dans les

statistiques au Québec et au Canada et qu'ils contribuent à l'évolution du phénomène. Cependant, la situation particulière des deux peuples au Québec ne sera pas élaborée dans notre étude.

1.4 Question de recherche

L'objet de ce mémoire est d'analyser l'évolution de la mortalité par suicide selon l'âge au Québec depuis 1926. La question de recherche qui guide notre processus de réflexion sur le phénomène se formule comme suit : quelles sont les tendances récentes de l'évolution du suicide au Québec du point de vue de l'âge et quelles sont les pistes d'interprétation possibles de cette évolution? La question paraît importante parce que, selon la littérature, la progression du suicide avec l'âge a pendant près de deux siècles fait figure de régularité sociale universelle, les plus hauts taux étant observés chez les personnes âgées, mais depuis plus d'une quarantaine d'années, le phénomène augmente considérablement chez les adolescents.

Alors que plusieurs analyses transversales proposent une représentation incomplète de la mortalité par suicide, notre étude utilise l'approche longitudinale qui permet de juger l'ampleur réelle de l'évolution du phénomène au Québec. En effet, vu qu'elle s'attache à une période assez longue, du début de l'enregistrement de l'état civil en 1926 jusqu'aux données de 2004¹², notre étude permet de discuter des effets respectifs possibles de l'âge, de la période et de la génération. Cela dit, nous sommes conscients que ces composantes ne sont pas totalement indépendantes et que le sens de leur effet est souvent combiné. De plus, nous ne trouvons pas beaucoup de support théorique auprès des auteurs qui ont porté leur attention sur le suicide, car l'âge a plutôt été utilisé comme variable de contrôle sans valeur individuelle. Malgré ces carences, Baudelot et Estabet (2006) ont révélé qu'« en matière de suicide, depuis le XIX^e siècle, le sexe et l'âge sont les facteurs sociologiques les plus déterminants, ceux où les écarts se sont le plus creusés » (Baudelot et Estabet, 2006 :254). Ainsi, nous proposons une interprétation sociologique de l'évolution de la relation entre le suicide et l'âge (et le sexe) et notre raisonnement renvoie à la modification des formes d'intégration sociale, l'âge agissant comme support des statuts sociaux.

¹² Les plus récentes en 2007

Chapitre 2

Théories et idées sur le suicide

« C'est qu'il y a, dans cette façon de prendre congé de ses semblables, un mélange apparent de libre choix et de fatalité, de résolution et de passivité, de lucidité et d'égarement, qui nous déconcerte »

(Halbwachs, 1930 :1)

Contrairement à ce que l'on pourrait penser, le suicide n'est pas apparu à la suite de la révolution industrielle; loin de là, sa présence remonte au moins à l'Antiquité. Ainsi, depuis des siècles, le suicide suscite l'attention des milieux philosophique, religieux, moral et culturel, bien que le terme *suicide* apparaisse peu avant 1700 pour remplacer l'expression *meurtre de soi-même* (Minois, 1995 :12). Dans la Grèce antique, le suicide était reconnu comme une offense politique et un crime contre l'État car il signifiait la perte de revenu économique (Retterstøl, 1998). De là, les philosophes grecs Aristote et Platon condamnaient vivement l'acte, d'ailleurs ce sont leurs convictions qui ont le plus marqué la pensée occidentale sur le sujet. Dans Les Lois IX (875 AD), Platon déclare qu'il faut refuser la sépulture publique à « celui qui se sera tué lui-même, qui, de force, frustre la destinée du lot qui est le sien (...) et qu'il faudra l'enterrer de façon anonyme dans un lieu isolé sans stèle » (Minois, 1995 :60). Malgré la condamnation en général de l'acte, différentes attitudes ont toujours coexisté face au suicide au sein d'une même société : le jugement moral varie en fonction de la position sociale de l'individu qui s'enlève la vie. Par exemple, la cité antique avait élaboré une opposition très nette entre deux types de suicide, « celle du maître, en principe légitime et parfois glorieuse, celle de l'esclave, supposée indigne et abjecte » (Garneau, 2005 :5). Pour leur part, les Romains et philosophes stoïciens interprétaient le suicide comme une réponse légitime à des conditions de vie négatives telles que des maladies graves (Cholbi, 2004).

Dans d'autres sociétés, se donner la mort était un geste commun et pouvait être suggéré à certains individus, notamment les personnes âgées, les veuves/veufs et les malades (Cholbi, 2004 et Hume, 1799). Il advenait au sein des tribus Esquimaux Inuit et *Chuckchee* que les personnes âgées s'enlèvent la vie lorsque la nourriture devenait rare, sacrifice perçu comme un acte héroïque (Mowat, 1975). De plus, certaines tribus utilisaient le suicide comme moyen de justice

(Mann, 1971 :265). La société japonaise, elle, se distingue par son attitude non réprobatrice face à l'action de mettre fin à ces jours et par conséquent le Japon a été injustement identifié comme *le pays du suicide*, car on ignorait la signification sociale de cet acte d'autodestruction (Baudelot et Estabiet, 2006 :14). On pense au phénomène du hara-kiri ou seppuku¹³ qui est de se donner la mort par l'ouverture du ventre, une tradition qui remonte au XII^e siècle très codifiée et réservée aux guerriers *Samourais* et *Bushi*. Enfin, en 1969 au Canada, la section 213 du Code criminel stipulait que le suicide était une offense et pouvait entraîner une condamnation allant jusqu'à six mois de prison. La décriminalisation de l'acte s'est faite en 1972, alors que la section 213 a été retirée du Code criminel au Canada

Au niveau religieux, l'Église catholique dans les premiers siècles ne tenait pas le même discours qu'aujourd'hui : ses dirigeants ne voyaient pas de problème moral à l'acte et l'acceptaient relativement bien dans le cas de martyrs ou lorsqu'il était question de préserver la virginité. Alors qu'elle rejette vigoureusement le suicide à présent, il semble que « la condamnation de principe du suicide dans la civilisation chrétienne n'est ni évidente ni originelle. Les sources religieuses du christianisme sont en effet muettes à ce sujet, ou plutôt ambiguës » (Minois, 1995 :28-29). Enfin, l'hindouisme se distingue des trois religions bibliques (catholique, islamique et juive) en n'interdisant pas formellement le suicide.

Devant la diversité de perceptions du phénomène, nuancé, mais également en transformation constante, ce chapitre veut introduire les grands auteurs classiques qui ont étudié le suicide dans ses rapports avec la structure sociale, à savoir Émile Durkheim (1897) et Maurice Halbwachs (1930). Nous exposerons leur théorie respective ainsi que leurs observations sur la variable âge. Notre discussion se poursuivra avec la présentation de réflexions contemporaines sur le phénomène. Il s'agira de soulever des pistes dans le but d'élargir notre compréhension du phénomène afin de joindre la dimension théorique à l'analyse quantitative du suicide au Québec.

¹³ Seppuku est une référence plus noble du terme hara-kiri.

2.1 Littérature sociologique classique

2.1.1 Émile Durkheim, Le suicide (1897)

Considéré comme le père fondateur de la sociologie, Émile Durkheim (1858-1917) est le premier à exposer une théorie sur le suicide. Dans son œuvre maîtresse, Le suicide (1897) l'auteur s'est tout d'abord attaché à définir le phénomène. Ainsi, pour Durkheim, « on appelle suicide tout cas de mort qui résulte directement ou indirectement d'un acte positif ou négatif, accompli par la victime elle-même et qu'elle savait devoir produire ce résultat » (Durkheim, 2002 :5). À l'aide des méthodes statistiques des covariances, il étudie la situation française de l'époque afin de démontrer l'impact des faits sociaux sur les individus. Le suicidé n'est pas la principale préoccupation de l'étude. D'ailleurs, le sociologue écarte les facteurs individuels qui expliqueraient les décès par suicide : « psychopathiques normaux (folie, neurasthénie, alcoolisme) ou psychologiques normaux (hérédité et race); les facteurs reliés au milieu physique qu'il appelle cosmiques (climat, température, longueur des journées); enfin, le facteur d'imitation, y inclus la contagion » (Gratton, 1997 :30). Bien que Durkheim démontre qu'il n'existe pas de corrélation entre les dispositions héréditaires et les taux de suicide, il admet néanmoins qu'il y a une certaine prédisposition psychologique au suicide, mais celle-ci ne détermine pas l'action. En fait, il réfute les hypothèses qui ne se concentrent pas sur le social, distinguant la cause du suicide qui ne peut être que sociale, et les motifs qui sont des prétextes au suicide. Certains ont reproché à Durkheim cette approche où l'individu ne détermine pas la société mais est déterminé par celle-ci, qui est le propre de l'holisme méthodologique. Relativement à la variable âge, Durkheim ne la considère jamais comme une variable sociale à part entière. En fait, l'âge est plutôt utilisé comme variable de contrôle afin d'examiner d'autres facteurs sociaux; cependant, nous verrons que le sociologue offre certains concepts reliant le suicide et l'âge.

2.1.1.1 Considérations générales sur l'œuvre

Dans la théorie durkheimienne, une force collective et extérieure pousse l'individu à se tuer. Les causes de l'augmentation des suicides sont à rechercher du côté des « conséquences de la modernité qui se caractérise notamment par les méfaits de l'industrialisation sur l'harmonie des sociétés » (Garneau, 2005 :12). L'harmonisation des sociétés fait référence pour Durkheim à la

présence de trois courants : (1) égoïste, car la société doit permettre à l'individu une certaine personnalité; (2) altruiste, car la personne doit soumettre son individualité aux exigences de la société et (3) d'anomie afin d'inviter l'individu à s'ouvrir aux idées de progrès (Gratton, 1997 :30). Lorsque ces paramètres ne sont pas tempérés, un *courant suicidogène* traverse la société qui entraîne les individus vers la mort. Comme les facteurs individuels ne sont pas reconnus en tant que causes véritables du suicide, Durkheim développe la théorie selon laquelle le taux de suicide d'une société est lié à sa capacité d'entretenir un contrôle sur les individus qui la composent. Chaque société présente un coefficient d'accélération et de préservation du taux de suicide qui mesure respectivement l'augmentation et la diminution de la fréquence du suicide à un âge donné en fonction de la situation de famille. Sur la base de ces taux, Durkheim démontre que les gens mariés avec enfants se tuent moins que les mariés sans enfants, lesquels se tuent moins que les veufs, les divorcés et enfin les célibataires. L'intégration et la réglementation permettent un équilibre et si un individu ne partage pas les trois facteurs sociaux, religion, famille, politique, celui-ci est plus sujet au suicide (Fuse, 1997 :83). Ainsi, le modèle théorique est basé sur l'état moral de la société et, de là, émerge la typologie des suicides : l'étape principale de la recherche du sociologue.

En effet Durkheim dégage, à partir du concept d'intégration et de régulation, quatre types de suicide dont trois sont particulièrement développés dans son ouvrage. La typologie durkheimienne compte le suicide égoïste, altruiste, anémique et fataliste. Pour les deux premiers types, « le suicide varie en raison inverse du degré d'intégration des groupes sociaux dont fait partie l'individu » (Durkheim, 2002 :223). Les deux autres types, anémique et fataliste, s'articulent avec l'action de régulation de la société : « la société n'est pas seulement un objet qui attire à soi, avec une intensité inégale, les sentiments et l'activité des individus. Elle a aussi un pouvoir qui les règle » (Durkheim, 2002 :264). Examinons chacun de ces types de suicide.

Égoïste - défaut d'intégration sociale

Le premier type de suicide que développe Durkheim est le suicide égoïste qui se présente lorsque l'individualité d'une personne se développe avec excès et qu'un détachement de son rôle dans la société se produit au détriment de son intégration sociale. Plutôt caractéristique des sociétés modernes, il s'agit d'un individualisme démesuré qui exclut les sentiments de solidarité et

d'amitié ainsi que les croyances politiques, religieuses et morales que la société fournit. Durkheim analyse le suicide égoïste à partir de la corrélation entre le taux de suicide et les cadres sociaux intégrateurs : la religion, la famille (d'une part l'aspect du mariage et d'autre part les enfants) et la politique. Cela dit, il dégager trois constats principaux de son analyse statistique du suicide égoïste.

D'abord, les protestants se suicident davantage que les catholiques (Durkheim, 2002 :149). Pour aboutir à ce constat, il compare les deux religions au sein d'une même société. Les statistiques allemandes¹⁴ démontrent que l'influence de ces religions sur le suicide diffère en raison de l'individualisme religieux et de la pratique du libre examen (interprétation personnelle des textes religieux). Durkheim précise que « la seule différence essentielle qu'il y ait entre le catholicisme et le protestantisme, c'est que le second admet le libre examen dans une bien plus large proportion que le premier » (Durkheim, 2002 :156). Aux yeux du sociologue, les protestants sont plus *les auteurs* de leur propre croyance et la communauté semble moins intégrée que les catholiques.

Second constat, la famille protège et le nombre de ses membres a des implications sur le suicide. Cette interprétation vient de la comparaison de la situation des hommes et femmes mariés avec celle des célibataires, des veufs et des veuves (Aron, 1967 :336). Il apparaît que l'état de mariage diminue de moitié environ le danger du suicide, mais que la vie de famille affecte différemment la constitution morale des deux sexes (Durkheim, 2002 :176). En effet, l'auteur démontre qu'en France, les femmes mariées sans enfant se tuent deux fois plus que les célibataires au même âge. L'épouse est moins protégée par le mariage sans enfant. Néanmoins, les hommes célibataires, veufs/veuves et les individus isolés sont plus enclins à se suicider que les personnes mariées. Durkheim insiste sur le fait que ce n'est pas le mariage, mais bien la famille et les enfants qui protègent. Lorsqu'une famille est nombreuse, celle-ci développe des souvenirs, des sentiments et des représentations communes qui unissent et offrent une vie collective plus intense à chacun de ses membres, et de fait, les éloignent du suicide.

¹⁴ Entre 1846 et 1891 dépendamment des régions.

Troisième constat, les taux de suicide diminuent lors de crises politiques importantes et pendant les périodes de guerre. Selon les résultats de Durkheim, « c'est que les grandes commotions sociales comme les grandes guerres populaires avivent les sentiments collectifs, stimulent l'esprit de parti comme le patriotisme, la foi politique comme la foi nationale et, concentrant les activités vers un même but, déterminent, au moins pour un temps, une intégration plus forte de la société » (Durkheim, 2002 :222). Il affirme également que les grandes guerres nationales ont la même influence que les troubles politiques, car elles forcent les hommes à se rapprocher afin de confronter collectivement le danger. L'individu pense donc moins à lui-même et davantage à ce qui est commun : moins égoïste, plus intégré.

Altruiste – excès d'intégration sociale

Le deuxième type est le suicide altruiste, soit l'opposé de l'égoïste. Il est caractérisé par un engagement excessif de l'individu dans la société, ce dernier existant plus pour le groupe que pour lui-même. Durkheim distingue deux sociétés, archaïques (primitives) et cultivées (modernes) puis il développe les formes du suicide altruiste propres à chacun de ces peuples. D'entrée de jeu sur le sujet, Durkheim affirme que le suicide est très fréquent chez les peuples primitifs et que le phénomène présente des caractères très particuliers qui entrent dans une des catégories suivantes :

1. Suicides d'hommes arrivés au seuil de la vieillesse ou atteints de maladie.
2. Suicides de femmes à la mort de leur mari.
3. Suicides de clients ou de serviteurs à la mort de leurs chefs.

(Durkheim, 2002 :235-236)

C'est là une première façon de distinguer le suicide dans les sociétés archaïques, mais Durkheim élargit la réflexion sur les décès propres aux sociétés primitives et identifie trois variétés, ou sous-types de suicides altruistes : (1) suicide altruiste obligatoire (2) suicide altruiste facultatif et (3) suicide altruiste aigu. Clarifions que ces variétés sont plus basées sur des exemples historiques que des démonstrations statistiques.

En dehors de ces variétés, Durkheim découvre l'exemple parfait du suicide altruiste dans les sociétés modernes. Il s'agit du suicide militaire qui est selon lui dans les armées européennes une situation à l'état chronique. L'esprit militaire se caractérise notamment par l'impersonnalité, l'obéissance sans parole et la disparition de l'individu dans le groupe. Durkheim affirme à partir des statistiques des principaux pays d'Europe, période variant entre 1846 à 1890, que l'aptitude des militaires au suicide est très supérieure à celle de la population civile, la différence varie entre 25 et 900 % (Durkheim, 2002 :247).

Anomique – désajustement de la réglementation

Le troisième type identifié est le suicide anémique, basé sur le concept de Durkheim nommé l'anomie. C'est ce type qui intéresse le plus l'auteur parce qu'il est le plus caractéristique de la société moderne (Aron, 1967 :337). On passe alors de la dimension d'intégration à l'action régulatrice de la société¹⁵. La définition de l'anomie a recouvert un nombre important de significations dans l'histoire de la sociologie et il s'agit du concept clé de la philosophie sociale de Durkheim. Ce terme employé par Durkheim est par opposition à la réglementation ou régulation (Baudelot et Estabiet, 1984 :123). De façon générale, l'anomie consiste en une absence ou un embrouillement de la régulation sociale, au niveau des normes ou des valeurs, qui est le résultat d'un changement social trop rapide qui peut mener à plusieurs problèmes, dépendance à la drogue ou l'alcool, crime et violence (Mooney, 2004 :483). Ainsi, la société n'exerce plus son pouvoir sur un individu et l'expose à sa propre destruction (Pope, 1976 :88).

Afin d'étudier l'effet régulateur de la société sur l'individu, Durkheim utilise la corrélation statistique entre la fréquence des suicides et les phases du cycle économique (Aron, 1967 :337). À l'aide des données de la Prusse et de l'Italie dans les années 1870, il démontre que le suicide croît avec les crises économiques et que la progression se maintient dans les périodes de prospérité. Il analyse également la relation entre le suicide et la richesse et conclut « qu'on peut même dire que la misère protège » (Durkheim, 2002 :269). Ce que Durkheim veut démontrer est que la société limite les besoins des individus afin d'empêcher les crises ou la déréglementation,

¹⁵ Souvenons nous que « la société n'est pas seulement un objet qui attire à soi, avec une intensité inégale, les sentiments et l'activité des individus. Elle est aussi un pouvoir qui les règle » (Durkheim, 2002 :264).

car, selon lui, les besoins sont illimités lorsqu'ils dépendent uniquement de l'individu¹⁶. Ces résultats semblent toutefois difficiles à interpréter, et Durkheim lui-même n'avait pas dégagé de conclusion claire à ce sujet. Ce sera d'ailleurs une critique par Baudelot et Establet (2006). Des caractéristiques du suicide anémique démontrées par Durkheim, on retient également que le mariage affecte différemment les sexes (pour les hommes, le mariage serait un facteur d'équilibre et permettrait d'accroître les capacités d'agir, alors que pour les femmes, il serait davantage porteur de contraintes) et que l'homme divorcé est plus *menacé* que la femme. En résumé, ce type de suicide frappe les individus en fonction de leur condition d'existence dans les sociétés modernes.

Fatalisme – excès de réglementation

Finalement le quatrième type de suicide identifié est le suicide fataliste, l'opposé de l'anémique. Le suicide fataliste résulte d'un excès des normes et de réglementation. De cette façon, l'individu est brimé et subit trop de discipline, car la société limite *excessivement* les attentes de satisfaction des désirs. Durkheim élabore très peu sur ce type de suicide, lui réservant une note en bas de page d'un volume comptant au total 463 pages. Voici la note :

« On voit par les considérations qui précèdent qu'il existe un type de suicide qui s'oppose au suicide anémique, comme le suicide égoïste et le suicide altruiste s'opposent entre eux. C'est celui qui résulte d'un excès de réglementation ; celui que commettent les sujets dont l'avenir est impitoyablement muré, dont les passions sont violemment comprimées par une discipline oppressive. C'est le suicide des époux trop jeunes, de la femme mariée sans enfant. Pour être complet, nous devrions donc constituer un quatrième type de suicide. Mais il est de si peu d'importance aujourd'hui et, en dehors des cas que nous venons de citer, il est si difficile d'en trouver des exemples, qu'il nous paraît inutile de nous y arrêter. Cependant, il pourrait se faire qu'il eût un intérêt historique. N'est-ce pas à ce type que se rattachent les suicides d'esclaves que l'on dit être fréquents dans de certaines conditions (v. Corre, *Le crime en pays créoles*, p. 48), tous ceux, en un mot, qui peuvent être attribués aux intempérances du despotisme matériel ou moral? Pour rendre sensible ce caractère inéluctable et inflexible de la règle sur laquelle on ne peut rien, et par opposition à cette expression d'anomie que nous venons d'employer, on pourrait l'appeler le *suicide fataliste* » (Durkheim, 2002 :311).

Nous comprenons sans trop d'explication que le quatrième type de suicide est celui des époux trop jeunes, de la femme mariée sans enfant et des esclaves. Néanmoins, Durkheim affirme clairement que le suicide fataliste a si peu d'importance *de nos jours*, à l'époque 1897, qu'il ne

¹⁶ La régulation morale des individus est laissée à la société, directement ou par l'entremise de ces organes (Durkheim, 2002 :275).

voit pas d'intérêt pour le développer davantage. Cette justification pour ne pas développer ce type de suicide laisse croire à Besnard (1987) que la théorie de la régulation est inachevée. En effet, Durkheim ne discute pas des implications du suicide fataliste alors que les chiffres sont disponibles pour ce faire (Caron Malenfant, 2001 :27).

2.1.1.2 La question de l'âge

Durkheim a recours indirectement à l'âge pour analyser l'impact des faits sociaux. L'âge n'est jamais considéré en tant que variable à part entière, il est plutôt utilisé dans les démonstrations comme une variable de contrôle qui permet de saisir à l'état pur les effets d'autres variables (Chauvel, 1997 :682 et Baudelot et Establet, 2006 :135-136). En fait, Durkheim aborde seulement à quelques reprises la question de l'âge, mais ses conclusions vont marquer la sociologie contemporaine.

D'abord, Durkheim aborde directement l'âge lorsqu'il réfute les causes héréditaires au début de son ouvrage¹⁷. Il dit notamment que : « non seulement le suicide est très rare pendant l'enfance, mais c'est seulement avec la vieillesse qu'il arrive à son apogée et, dans l'intervalle, il croît régulièrement d'âge en âge » (Durkheim, 2002 :79). Il n'explore pas plus ces propos dans cette section et il faut attendre la fin de son ouvrage où il fait état d'un constat majeur qui fera figure de loi universelle pendant près de deux décennies : le suicide augmente avec l'âge. Plus précisément, il affirme que le taux de suicide varie avec l'âge et qu'il croît sans interruption de la jeunesse à la maturité (Durkheim, 2002 :367). Voici plus en détail ses propos :

« Ce qui explique, croyons-nous, cette temporisation, c'est la manière dont le temps agit sur la tendance au suicide. Il en est un facteur auxiliaire, mais important. Nous savons, en effet, qu'elle croît sans interruption de la jeunesse à la maturité (1), et qu'elle est souvent dix fois plus forte à la fin de la vie qu'au début. C'est donc que la force collective qui pousse l'homme à se tuer ne le pénètre que peu à peu. Toutes choses égales, c'est à mesure qu'il avance en âge qu'il y devient plus accessible, sans doute parce qu'il faut des expériences répétées pour l'amener à sentir tout le vide d'une existence égoïste ou toute la vanité des ambitions sans terme. Voilà pourquoi les suicidés ne remplissent leur destinée que par couches successives de générations » (Durkheim, 2002 :367-368).

¹⁷ Au chapitre 2, race et hérédité section III

Durkheim n'explique pas très clairement le constat de la hausse progressive du suicide avec l'âge, le justifiant uniquement par l'idée qu'il est la conséquence d'un long processus d'expériences et d'imprégnations (Chauvel, 1997 :682). Il voit essentiellement la croissance du suicide avec l'âge comme une confirmation supplémentaire du caractère social du phénomène. En effet, « les risques de se suicider augmentent avec le temps passé en société, c'est bien dans la vie sociale et dans les effets à long terme de son action sur les individus qu'il faut chercher les causes du suicide, et non dans la nature ou la biologie » (Baudelot et Estabiet, 2006 :135).

Par la suite, Durkheim dégage certaines particularités au sujet de l'âge selon les types de suicide. Pour le type égoïste, caractérisé rappelons-le par le défaut d'intégration, la variable âge est plus concrètement prise en considération et Durkheim a « montré que pour une classe d'âge donnée, le suicide varie selon l'état civil des époux » (Marcel, 2000 :153). Bien que le but premier fût d'étudier l'état matrimonial et la famille/présence d'enfant, l'âge modifie l'effet observé sur le lien entre le suicide et ces autres variables sociales. Par exemple, la preuve en est que, passé un certain âge, les femmes mariées sans enfant ne profitent plus du coefficient de protection, mais qu'elles sont soumises au coefficient d'aggravation (Marcel, 2000 :153).

Le suicide de type altruiste, caractérisé par un excès d'intégration, est fréquent chez les peuples primitifs et l'âge semble le caractériser. En effet, ce type de suicide se présente notamment chez les hommes âgés, vieillards ou atteints de maladie et « nous sommes, au premier abord, portés à croire que la cause en est dans la lassitude ou dans les souffrances ordinaires à cet âge. (...) l'estime publique se retire de lui (vieillard) » (Durkheim, 2002 :236). Ces causes sont liées à l'avancement en âge de l'individu et revient aux conclusions sur l'augmentation du risque de se suicider avec le temps passé en société.

Enfin, une particularité intéressante de la variable âge se présente pour le suicide fataliste. Comme nous l'avons vu, Durkheim affirme que le suicide fataliste est, entre autres, celui des époux trop jeunes. Ceci implique qu'à un jeune âge, le mariage n'a pas les effets bénéfiques qu'il procure à un âge plus avancé. On peut se questionner sur le fait que le mariage serait sujet à un effet d'âge. Nous avons malheureusement très peu de détails sur ces considérations de

Durkheim, mais la variable âge semble être déterminante dans le rôle protecteur de l'état matrimonial.

2.1.1.3 Contributions et critiques

Depuis la sortie de l'œuvre en 1897, Le suicide de Durkheim a suscité l'admiration et la controverse, tout en ayant contribué au développement de différentes approches sur le phénomène. Cet ouvrage est le premier à démontrer l'influence des faits sociaux sur un geste aussi individuel que l'autodestruction. Durkheim réfute d'ailleurs avec vigueur les interprétations antérieures du suicide qui semblent en faire un fait uniquement individuel et il établit le lien entre l'équilibre moral de la société et le comportement de ses membres : le suicide étant le résultat d'un déséquilibre social. La variable âge est utilisée dans la plupart, sinon dans toutes les démonstrations du sociologue. Cependant, elle se présente en tant que variable de contrôle, permettant de saisir les effets d'autres variables sociales. On retrace donc peu d'endroits où Durkheim réfère directement à l'âge, mais l'impact est profond sur l'étude du phénomène. Rappelons qu'il constate que le taux de suicide varie avec l'âge, plus on avance en âge plus le taux augmente, et qu'il varie également avec le sexe (le taux est plus élevé chez les hommes que les femmes). Pendant près de deux siècles, la croissance régulière d'âge en âge du suicide sera un fait constant du phénomène sans vraiment être expliqué au-delà des propos tenus par Durkheim.

L'œuvre est une contribution majeure en sociologie et son apport réside également au niveau des méthodes. En effet, Durkheim est l'instigateur de la méthode des covariations basée sur les dénombrements; méthode qui sera le propre d'un courant de la sociologie contemporaine (Baechler, 1975 :22). L'utilisation des statistiques lui vaut l'étiquette de « statisticien moral » par Baechler (Baechler, 1975 :22). La théorie de Durkheim demeure encore de nos jours l'ouvrage de référence des chercheurs et continue d'alimenter les réflexions. D'ailleurs, la discussion de la thèse de Durkheim porte sur plusieurs points et la principale critique formulée, notamment par Halbwachs (1930) et Baechler (1975), est que l'étude du suicide était pour Durkheim un prétexte afin d'étudier la société dans son ensemble. On distingue également trois points constants de discussion. Le premier est la valeur des statistiques : les sources d'erreurs sont largement contestées et les erreurs grossières seront démontrées par Halbwachs (1930). Ensuite la validité

des corrélations établies dans Le suicide : Halbwachs reconstruira les conclusions avec les données publiées par Durkheim. Le troisième point de discussion est la théorie mise de l'avant par Durkheim sur la relation entre l'interprétation sociologique et psychologique (Aron, 1967 :344). Cela dit, l'œuvre de Durkheim demeure encore aujourd'hui la référence incontournable pour l'étude du suicide.

2.1.2 Maurice Halbwachs, Les causes du suicide (1930)

La seconde théorie sociologique classique que nous présentons est celle de Maurice Halbwachs (1877-1945), dont la pensée sur le suicide est exposée dans l'ouvrage Les causes du suicide (1930). Sociologue français plutôt reconnu pour avoir étudié le concept de *mémoire collective*, son œuvre sur le suicide est de nos jours quasiment oubliée des chercheurs. En témoigne l'unique réédition du volume réalisée en 2002 par les Presses Universitaires de France. Jean-Christophe Marcel (2000) attribue cette absence de postérité « au caractère atypique du livre, dont il paraît difficile de dire dans quelle mesure il s'inscrit dans la lignée du travail du chef de file de l'École française de sociologie » (Marcel, 2000 :147).

2.1.2.1 Considérations générales sur l'œuvre

Dès l'introduction, Halbwachs présente un regard critique sur l'ensemble des démonstrations présentées par Durkheim (1897) : « en fermant cet ouvrage, plus d'un lecteur, surtout plus d'un lecteur philosophe, a sans doute eu le sentiment que le problème du suicide ne se posait plus, et qu'on en connaissait désormais la solution » (Halbwachs, 1930 :3). Cet énoncé révèle un des objectifs du livre, soit d'explorer les démonstrations statistiques offertes dans Le suicide. La méthodologie employée dans l'étude d'Halbwachs ressemble à celle de Durkheim, reposant uniquement sur des statistiques. Les données utilisées proviennent de onze pays européens et couvrent une période de quatre-vingts ans, en plus de revoir celles de Durkheim. À l'aide d'un outil statistique plus performant, les coefficients de dispersion, Halbwachs examine le rapport entre le suicide et les facteurs sociaux, dont les variables sur le plan économique, familial, conjugal, politique et religieux ainsi que les facteurs individuels, à savoir les maladies mentales et l'alcoolisme. Il s'agit là des mêmes problèmes abordés par Morselli (1879) et Durkheim (1897) et les résultats obtenus par Halbwachs ressemblent à ceux parus trente ans plus tôt dans Le suicide. Néanmoins, c'est l'interprétation de ceux-ci qui différencie les deux sociologues. Au

sujet des fautes que découvre Halbwachs dans le travail de Durkheim, il apparaît que c'est « l'insuffisance de bases statistiques » qui aurait amené Durkheim à commettre des erreurs beaucoup plus grossières (Marcel, 2000 :155).

Alors que, selon Durkheim, le suicide proviendrait d'une déréglementation qui affaiblit l'intégration sociale, Halbwachs considère plutôt que la multiplication des contacts avec les autres augmente les risques de conflits et que les sentiments tels que la déception, le désespoir et la solitude poussent au suicide. Le vide social qui habite les suicidés n'est plus un motif, mais bien une cause du suicide selon Halbwachs. Cette position psychosociale afin d'expliquer le suicide repose sur le concept clé qu'il développe, celui de *genre de vie* : « un ensemble de coutumes, de croyances et de manières d'être, qui résulte des occupations habituelles des hommes et de leur mode d'établissement » (Halbwachs, 1930 :502). Le concept de genre de vie est utilisé afin d'expliquer la variation des taux de suicide entre des régions rurales traditionnelles où la vie sociale est ralentie et dispersée, et des régions urbaines, industrielles où la circulation est plus intense et la vie collective plus concentrée, rapide et dérégulée. Halbwachs établit qu'il apparaît naturel que dans une société « où les contacts entre les hommes se multiplient, les occasions de suicide soient plus fréquentes » (Halbwachs, 1930 :507).

Au niveau de la religion, Halbwachs utilise encore le concept de genre de vie afin d'expliquer les taux plus élevés de suicide des protestants qui résident majoritairement dans les milieux urbains, versus les catholiques qui résident principalement en campagne. Il s'agit là de caractéristiques, l'influence de la ville ou celle de la campagne, que Morselli et Durkheim n'avaient pas placées au premier plan sur le nombre et la distribution des morts volontaires (Halbwachs, 1930 :6). Halbwachs met d'ailleurs en évidence de nouvelles variations significatives lors de la comparaison de la progression des taux pour 1836-1925 en France, Prusse, au Danemark, en Saxe, Autriche, Suède et Bavière (Marcel, 2000 :150). Le sociologue découvre alors une corrélation positive entre l'accroissement du suicide et celle de la population. En fait, « si l'augmentation des suicides se ralentit dans les régions en voie de peuplement où la proportion des suicides était le plus élevée, et si elle s'accélère dans les régions qui se dépeuplent où cette proportion était le plus faible, il est naturel que les divergences s'atténuent de région à région et que les taux de suicide convergent » (Halbwachs, 2002 :108).

Au sujet des crises économiques, Halbwachs est plus précis que Durkheim dans leur définition et mesure l'impact des crises sur le suicide. Il estime que le degré d'industrialisation d'un pays est un facteur essentiel et prend pour exemple l'Allemagne, un pays qui s'industrialise fortement à la fin du XIX^e siècle. Selon Halbwachs, « Durkheim s'est trompé parce qu'il n'a pas su dissocier la crise en tant que telle de la période de dépression qui lui succède » (Marcel, 2000 :168). Il insiste sur ce fait que les phases de forte prospérité sont des faits rares et de courte durée, alors que les phases de dépression ont des effets systématiques et de longue durée.

2.1.2.2 La question de l'âge

L'âge pour Halbwachs est une variable qui a des effets distincts selon le sexe et il s'agit d'une simple évidence : « Or, c'est un fait bien connu que, dans la population masculine tout au moins, le taux du suicide augmente très régulièrement avec l'âge » (Halbwachs, 1930 : 94). Comme plusieurs chercheurs, Halbwachs ne questionne pas plus la loi de croissance des taux de suicide avec l'âge. Pourtant, en apportant des précisions sur la théorie d'intégration sur la famille de Durkheim, Halbwachs clarifie les variations selon l'âge entre le suicide et le statut matrimonial. D'abord, il constate « qu'en France, dans le département de la Seine, le mariage protège de moins en moins les époux du suicide, à mesure que le temps passe, alors qu'en général, c'est à partir de 20-24 ans, et jusqu'à la fin de la vie, que le mariage protège du suicide » (Marcel, 2000 :154). Les recherches démontrent que dès 40 ans, l'immunité au suicide de l'homme marié qui habite Paris et ses environs est comparable au célibataire. Pour la femme, la protection baisse à partir de 30 ans. Devant cette situation, Halbwachs pose l'hypothèse que les individus ont à cet âge (20-24 ans) des enfants à charge, souvent en petit nombre, et que ceux-ci tiennent une place importante dans leurs préoccupations. Au départ du foyer familial, les enfants laissent un vide conséquent. De plus, Halbwachs présente d'infimes données sur la variable âge lors de l'analyse des tentatives et des suicides complétés par méthodes. Il constate alors que « les femmes et les hommes, à mesure que leurs années s'accumulent, choisissent des moyens ou des instruments plus sûrs » (Halbwachs, 2002 :60).

2.1.2.3 Contributions et critiques

Les causes du suicide (1930) est une contribution notable au domaine de la sociologie et marque une étape essentielle dans la maturation intellectuelle d'Halbwachs. Néanmoins, il est

plutôt reconnu pour son travail sur La mémoire collective (1950) et l'œuvre sur le suicide est souvent considérée comme une simple mise à jour des résultats de Durkheim. Pour être fidèle à Halbwachs, le fait est simple en ce qui a trait à la relation entre l'âge et le suicide : les taux augmentent régulièrement avec l'âge. Il préfère d'ailleurs discuter des autres variables sociales, comme l'ont fait ses prédécesseurs. Soulignons que nous devons à Halbwachs le concept de genre de vie, considéré comme une contribution originale maintes fois mobilisée dans ses démonstrations, sans qu'en soit donné une définition explicite. On attribue également à Halbwachs de joindre la macrosociologie et la microsociologie alors qu'il exprime les grands courants de la vie et décrit comment l'homme vit (Marcel, 2000 :183). Cela dit, bien que l'ouvrage d'Halbwachs soit cité dans les études sur le suicide, les chercheurs s'inspirent majoritairement de l'étude classique de Durkheim.

2.2 Réflexions contemporaines

Suite à la présentation des ouvrages classiques en sociologie d'Émile Durkheim et de Maurice Halbwachs, nous aborderons à présent certaines réflexions contemporaines sur le phénomène. Celles-ci sont vastes et nous retiendrons les auteurs les plus pertinents pour cette recherche, notamment les réflexions orientées vers les auteurs classiques déjà présentés ainsi que celles qui examinent la variable âge. Certaines trouvent leur intérêt auprès de l'individu, les réflexions microsociologiques, d'autres sont concentrées sur le groupe, les réflexions macrosociologiques et enfin, à la frontière de ces deux perspectives, les réflexions mixtes.

Les perspectives microsociologiques

À l'inverse de ses prédécesseurs, Jean Baechler (1937 -) marque le passage de l'étude du suicide vers une analyse microsociologique, soit l'examen du phénomène pensé *uniquement* à partir de l'individu, ce qui lui sera d'ailleurs plus tard reproché. Selon Baechler, « Durkheim ne s'est pas intéressé au suicide, et encore moins aux suicidés, en écrivant son livre. Il s'est intéressé exclusivement à la sociologie » (Baechler, 1975 :10). D'ailleurs, le fondement du raisonnement de Durkheim repose sur un postulat : « ce ne sont pas les individus qui se suicident, mais la société qui se suicide à travers certains sociétaires » (Baechler, 1975 :22). Suite à ces propos, le contraste entre les deux sociologues, approches macrosociologiques et microsociologiques, est

majeure : un se demande pourquoi les taux de suicide augmentent ou diminuent dans une situation et l'autre pourquoi cette personne est suicidaire et pas une autre. Ainsi, Baechler propose dans Les suicides (1975) que l'acte suicidaire provient à la fois de forces intérieures et extérieures de l'individu. De là, il élabore une typologie des suicides à l'aide de courtes histoires de cas de 127 personnes suicidaires qui se sont suicidées ou qui ont tenté de le faire connues plus ou moins directement à travers différents écrits (Gratton, 1997 :41). C'est ainsi qu'il développe un modèle causal supposant que les premières causes des suicides sont génétiques. Mais attention! Il ne s'agit pas d'un gène du suicide, mais bien d'une faiblesse génétique qui rendrait un individu plus vulnérable à répondre aux problèmes de la vie par le suicide. La taxonomie des comportements suicidaires réalisée à partir des histoires comprend 11 sens idéal-typiques, regroupés en quatre catégories (types généraux) que voici :

1. Suicide escapist : échapper à quelque chose.
2. Suicide agressif : nuire ou obtenir quelque chose d'un tiers.
3. Suicide oblatif : se donner en sacrifice ou aller dans un autre état.
4. Suicide ludique : affronter un risque de mort.

Outre les regroupements, Baechler établit des hypothèses qui lient la conduite suicidaire et les stratégies de *puissance* ou de *dépendance* développées par les humains pour pallier le sentiment d'insécurité (Gratton, 1997 :43). Il critique vivement la sociologie du suicide, dont les reproches se regroupent en deux points. D'abord, les statistiques du suicide n'ont pas de valeur aux yeux de Baechler, un argument qui serait d'ailleurs emprunté à Douglas (1967). Deuxièmement, les explications sociologiques du suicide sont trop générales et abstraites pour rendre compte de la complexité des choses humaines, dont la singularité du geste d'autodestruction (Baechler, 1975 :11).

On retient de la pensée microsociologique de Baechler que l'individu cherche une solution à ses problèmes et que le suicide est un moyen et non une fin (Baechler, 1975 :593). Néanmoins, les conclusions de l'étude sont fortement influencées par la définition très large du suicide. En effet, pour l'auteur, « le suicide désigne tout comportement qui cherche et trouve la solution d'un problème existentiel dans le fait d'attenter à la vie du sujet » (Baechler, 1981 :77). De toutes les définitions du suicide, celle de Baechler est définitivement celle qui en prend le plus large : les

tentatives, les idées, les gestes et les suicides sont regroupés sans distinction. De plus, il n'est pas obligatoire qu'il y ait mort pour parler de suicide. Ainsi, « le livre de Baechler se situe dans la suite de l'antidurkheimisme, propre à la majorité des psychologues et d'une minorité de sociologues » (Baechler, 1975 :II). L'approche microsociologique de Baechler inspire d'ailleurs la recherche sur le sens personnel du suicide, notamment le travail de Smith et Bloom (1985).

Les perspectives mixtes

Parmi les études contemporaines sur le suicide, certaines présentent un regard parallèle des approches macrosociologiques et microsociologiques. C'est ce que propose Caron Malenfant (1974-) dans son mémoire (2001), une discussion de l'héritage de Durkheim et Baechler, à savoir les forces et faiblesses des modèles avancés respectivement dans Le suicide et Les suicides.

Confirmant l'intérêt du modèle macrosociologique de Durkheim, Caron Malenfant établit que « si au premier abord le suicide est un acte strictement individuel, les bilans chiffrés nous montrent au contraire des faits d'une rare stabilité qui, comme pour la natalité, nous oblige à porter notre regard au-delà de la liberté individuelle pour en trouver l'explication » (Caron Malenfant, 2001 :16). Cela dit, l'auteur dégage que la notion d'anomie de Durkheim en prend trop large dans Le suicide. D'ailleurs, il constate que Durkheim a tendance à attribuer tous les bouleversements sociaux à l'anomie, référence à la déréglementation, alors que certains sont le fait du fatalisme, établit des règles contraignantes et rigides. De plus, Caron Malenfant ne manque de rappeler que la théorie de la régulation dont provient le concept du fatalisme a été laissée inachevée par Durkheim suscitant la confusion auprès de ces commentateurs. L'auteur la complète à l'aide des travaux de Philippe Besnard (1987) et Olivier Clain (1999). Les conclusions sont que (1) la crainte sociale n'est jamais en soi excessive ou insuffisante, mais paraît ainsi lorsqu'elle ne peut être intériorisée; (2) le type fataliste devrait obtenir dans le modèle une place digne de ce nom, ce qui lui avait refusé Durkheim pour des motifs obscurs (Caron Malenfant, 2001 :102).

Par la suite, Caron Malenfant discute de l'approche microsociologique de Baechler ainsi que des erreurs qu'il a commises. Deux principales critiques ressortent, dont la première concerne les

hypothèses de Baechler qui jettent un soi-disant « doute insurmontable » sur l'usage des statistiques officielles du suicide. Si ce postulat était vrai, il faudrait soit cesser d'utiliser les statistiques du suicide ou contrôler les effets d'incompétence administrative et de dissimulation (Caron Malenfant, 2001 :54). Caron Malenfant conclut à l'aide des travaux de Besnard (1976), Charron (1983) et Baudelot et Establet (1984) qu'il n'y a pas de fondement au rejet complet de l'utilisation des statistiques du suicide et que leur usage « paraît, jusqu'à preuve sérieuse du contraire, justifié » (Caron Malenfant, 2001 :58). La seconde critique est l'assimilation par Baechler des tentatives de suicide et des suicides accomplis afin de développer sa théorie. La définition du suicide de Baechler est très large et Caron Malenfant reproche à ce dernier de tout mettre dans le même panier, à savoir tentatives, idées, gestes et suicides. Ces deux critiques ont pour conséquence principale d'ébranler « sérieusement les assises sur lesquelles repose l'essentiel de l'étiologie des suicides de Baechler, suffisamment pour que l'on se sente légitimé de l'écarter dans son ensemble (« dans son ensemble »), j'insiste là-dessus, car dans le détail, Baechler a plusieurs hypothèses fort intéressantes à proposer » (Caron Malenfant, 2001 :66).

Enfin, Caron Malenfant établit les correspondances entre les causes de Durkheim et le sens des suicides de Baechler. Travail intéressant, la schématisation est présentée au tableau II. De plus, il rapporte les relations de correspondance entre les types de suicide, cause et sens, aux études de cas survenus récemment au Québec tel que rapporté par Francine Gratton (1997). Caron Malenfant est conscient de la limite des rapports réels de sens aux causes sociales des suicides, mais il dégage une articulation pratique des théories du suicide.

Tableau II
Correspondances entre les types causals et les types de sens

Types causals	Fatalisme	Anomie	Altruisme	Égoïsme
Types de sens	Escapistes :	· Agressifs :	Oblatifs :	?
	Fuite	Crime	Sacrifice	Escapistes
	Deuil	Vengeance	Passage	?
	Châtiment			

Source : (Caron Malenfant, 2001 :82)

Nous retenons également les recherches du sociologue Daniel Dagenais (1956 -) qui présentent une harmonisation des perspectives microsociologiques et macrosociologiques. Dagenais explore le *suicide contemporain* au Québec dont il définit la morphologie comme suit :

- Phénomène récent et inédit
- Représente en concentré la situation canadienne et occidentale
- Amplification de la surmortalité masculine « normale » propre à la société industrielle
- Ratio hommes/femmes plus élevé au Québec
- L'âge auquel ce ratio est le plus élevé se situe autour de 25 ans
- Accentuation particulière dans certaines régions périphériques (taux et ratio)
- Renversement complet de la place historique du Québec

(Dagenais, 2005 :2)

Dagenais présente dans un article (2007) les résultats de son travail de terrain mené en Abitibi au cours de l'année 2005 sur les suicides d'individus âgés entre 18 et 30 ans. À l'aide d'un questionnaire présenté aux proches du suicidé, il explore lors de ces entrevues « les dimensions phénoménales que la statistique globale du suicide révèle comme étant significatives (socialisation, origines familiales, identité de genre, parcours scolaire et professionnel, mode d'entrée dans l'âge adulte, circonstances immédiates du suicide proprement dites) » (Dagenais, 2007). L'hypothèse sociologique qu'il propose est celle du *meurtre d'une identité* (masculine pathologique de l'homme pourvoyeur) (Dagenais, 2007). Pour le sociologue, la vulnérabilité des hommes n'a rien de masculin. En effet, Dagenais explique que « notre étude montre que le problème de la surmortalité masculine n'est pas lié au fait que les hommes manipulent les fusils de chasse, ont de la misère à exprimer leurs sentiments, ou que les services sociaux ne sont pas adaptés aux demandes masculines. Il trouve simplement que les hommes ont mis leur identité au service d'une société qui en grande partie leur échappait et qui se dégingue aujourd'hui » (Dagenais, 2007). Ainsi, les résultats du terrain de Dagenais montrent l'essor principal de deux types de suicide.

Le premier type de suicide est marqué par le genre masculin : une idéalisation du père, du rôle masculin et des hommes. En fait, spécialement durant la première partie du XX^e siècle, la tâche principale de l'homme au Québec était d'apporter le support monétaire nécessaire à sa famille : s'accomplir en tant que mari et bon père de famille était essentiellement lié au rôle de pourvoyeur. Dagenais poursuit: « To be sure one is a good husband and father when working 6 days a week or 8 months a year 1 000 kilometres away from wife and children, one must have been deeply socialized in order to “be” that way (simply try to imagine the reverse situation for a “good mother”) » (Dagenais, 2003). L'homme s'engageait dans ce mode de vie pour son épouse, mais la réalité de la société québécoise s'est énormément transformée avec le temps. À présent, Dagenais fait remarquer la baisse importante du nombre de mariages, soit la perte de la motivation qui expliquait ce mode de vie et légitimait l'accomplissement individuel de l'homme. De plus, les femmes ont fait leur place sur le marché du travail et agissent également à titre de pourvoyeuse. Dans ce contexte, les jeunes hommes, souvent sans scolarité, restreints dans leurs possibilités d'emploi ne peuvent espérer reproduire le mode de vie de leur père, ce qui les dirigerait vers le suicide. D'ailleurs, il y aurait selon Dagenais une ressemblance du « destin collectif qui se joue, sans doute davantage en région, pour de nombreux jeunes qui sont tombés de naissance dans la catégorie du genre masculin » (Dagenais, 2007).

Le second type est moins marqué par le genre, mais par la jeunesse. En fait, l'adolescence est caractérisée par l'immatunité et une vie davantage rêvée que construite de façon réaliste propice au développement de l'anomie. Lorsque les choses tournent mal, cela laisse l'impression à l'individu d'être enfermé dans une adolescence sans fin, l'anomie propre à l'adolescence. En fait, plusieurs cas examinés lors du terrain du sociologue présentent des caractéristiques semblables : les enfants ne sont pas bons à l'école (redoublent plusieurs années scolaires), débutent les drogues très jeunes (vers l'âge plus ou moins de 11 ans) et semblent s'appliquer à ne pas devenir adulte de façon systématique. Ainsi, il y aurait selon Dagenais dans la majorité des cas de décès par suicide contemporain un déficit d'entrée dans la vie adulte. Ainsi, entre la haine de soi et la haine des autres, le voyage dans ce que Dagenais appelle *le trou noir de l'adolescence* « prendra fin lorsque, d'une manière dramatique, un événement peu importe lequel (rupture amoureuse, la perte d'emploi, la perte du permis de conduire, etc.), viendra confirmer l'image de soi que cet adolescent aura construite » (Dagenais, 2007).

En somme, les types de suicide qui ressortent par l'étude de Dagenais (2007) renvoient à des tendances collectives et affectent principalement le passage des jeunes à la vie adulte. Leurs essors témoignent des problèmes liés à la transformation de la société industrielle qui touche principalement les hommes (Dagenais, 2007). De plus, « la coïncidence de la crise de la famille avec le surgissement du suicide contemporain est la clé pour comprendre ce qui se passe et, partant pour reconsidérer la question du suicide » (Dagenais, 2007).

Les perspectives macrosociologiques

Malgré la pertinence du travail de correspondance de Caron Malenfant et de l'effort de réflexion à la frontière des deux perspectives sociologiques, la plupart des études de sociologie sur le suicide sont influencées par Durkheim et se concentrent souvent sur le réexamen, l'analyse et la discussion de ses découvertes macrosociologiques. C'est ce que propose les sociologues français Christian Baudelot (1938 -) et Roger Establet (1938 -) alors qu'ils examinent les modèles de Durkheim et Halbwachs. À l'aide de données plus récentes de la France entre les années 1960 et 1980 et des mêmes variables que Durkheim, Baudelot et Establet exposent leurs résultats de recherche dans diverses publications, La sociologie du suicide (1985), Durkheim et le suicide (1984) et Suicide : l'évolution séculaire d'un fait social (1984). Ils dégagent que seules quelques disparités apparaissent depuis 1897, notamment que les taux de suicide sont plus élevés en milieu rural et dans les classes défavorisées (Baudelot et Establet, 1984 :63). Les changements reliés à la variable âge n'apparaissent pas encore. Cela dit, les deux sociologues confirment la régularité de principe que « le taux de suicide croît avec l'âge quels que soient le sexe, le statut matrimonial, le département de résidence » (Baudelot et Establet, 1984 :59). Selon leur conclusion, le concept d'intégration tient encore un siècle plus tard et il ne fait pas de doute pour les auteurs que des deux modèles analysés, celui de Durkheim doit primer.

Dans leur plus récente publication (2006), Baudelot et Establet confirment que, dans la plupart des pays occidentaux depuis les années 1970, « le suicide des jeunes a fortement crû et le suicide des vieux a beaucoup diminué » (Baudelot et Establet, 2006 :17). Cela est contraire au constat qu'avait fait Durkheim, l'augmentation des suicides avec l'avancement en âge pour culminer aux grands âges, et que les auteurs avaient confirmé en 1984. Ainsi, la rapidité et la brutalité des transformations économiques et sociales en cours en France incitent Baudelot et Establet « à

considérer l'état actuel de la relation entre âge et suicide comme un moment très provisoire d'une histoire qui ne cesse de battre au rythme de la vie sociale » (Baudelot et Establet, 2006 :161).

Ce regard sur les théories et idées sur le suicide indique ainsi que si la variable âge n'a pas intéressé comme telle les auteurs classiques, elle occupe une place importante en tant que variable contextuelle dans l'ensemble des études.

Chapitre 3

Sources et méthodes

« Toute la méthode consiste dans l'ordre et l'arrangement des objets sur lesquels il faut porter la pénétration de l'intelligence pour découvrir quelque vérité »

(Descartes, 1988 :29)

Nous introduisons au sein de ce chapitre les sources et les méthodes de notre étude. Dans un premier temps, nous examinons les sources des données, dont la fiabilité des statistiques sur le suicide et la sous-estimation des taux, deux caractéristiques intimement liées au rapport de confiance avec les statistiques officielles. Nous soulignons les multiples révisions de la Classification Internationale des Maladies (CIM) et faisons état des sources des données statistiques. Dans un deuxième temps, nous rendons compte des méthodes utilisées dans notre recherche. Nous avons recours au taux brut, au taux comparatif et au taux de mortalité selon l'âge. La procédure de l'étude est présentée ainsi que l'utilité de la dimension longitudinale. Nous définissons ensuite l'effet d'âge, de période et de génération puis discutons du modèle statistique âge-période-cohorte en démographie.

3.1 Les sources des données

3.1.1 Fiabilité des données statistiques sur le suicide

Les statistiques sur le suicide sont l'instrument principal de l'analyse du phénomène depuis l'étude de Durkheim en 1897 et dès le début de leur utilisation, leur fiabilité est la source d'intenses débats. Parmi les vives critiques, rappelons Douglas (1967) qui n'accorde aucune crédibilité aux statistiques officielles sur le suicide et rejette ainsi l'idée d'élaborer une théorie sociologique sur des comparaisons statistiques (Grégoire et Phaneuf-Perron, 1979 :16). On compte également les critiques de Baechler (1975) qui conçoit que « les suicides ne sont pas des données de fait, des objets sociaux, qu'une technique améliorée de collecte permettrait de saisir plus fidèlement : ils sont *construits* par ceux qui les perçoivent. Les statistiques officielles ne sont ni justes ni fausses, ce sont des *points de vue* » (Baechler, 1975 :33).

En fait, plusieurs causes sont invoquées afin de mettre en doute la fiabilité des statistiques, notamment les délais de traitement (enregistrement de la cause du décès) et les variations considérables des taux déclarés selon la source dans un même pays. La Chine est un exemple de cette dernière cause : les données transmises à l'Organisation mondiale de la santé montrent un taux de 18,3 pour 100 000, celles du Ministère de la Santé (chinois) de 22 et les statistiques de l'Académie chinoise de médecine préventive présentent un taux de 30 (O.M.S., 2002 :209). Au Québec, le problème majeur associé à la validité des données officielles est lié aux suicides déguisés en morts accidentelles, soit la sous-estimation¹⁸.

3.1.2 Sous-estimation des taux de suicide

Plusieurs informations indiquent qu'on sous-estime l'incidence réelle du suicide. L'étude américaine de Ruzicka (1976) estimait le nombre réel de suicides à un niveau de 25 % supérieur aux chiffres déclarés (Morissette, 1982 :7). Une autre étude, celle-ci de la Commission européenne, coordonnée par le CEPIDIC de INSERM et complétée par des enquêtes de contrôle réalisées en France, conclut que « les taux de suicide déterminés par les statistiques officielles étaient sensiblement sous-évalués – d'environ 20 % – mais que les caractéristiques sociodémographiques et géographiques du suicide changeaient peu après correction » (Baudelot et Establet, 2006 :20). Au Québec, il semble difficile d'obtenir un pourcentage même approximatif de la sous-estimation du phénomène. En fait, l'ampleur véritable de la sous-estimation « est incertaine parce que difficile à mesurer; elle varie de plus certainement dans le temps et dans l'espace » (Morissette, 1982 :7).

Trois catégories des causes de la sous-estimation sont dégagées dans l'étude de Morissette (1982). (1) D'abord, l'attitude sociale à l'égard du suicide et plus particulièrement les conséquences sociales et juridiques pour la famille. En fait, on hésite à parler de suicide particulièrement dans les endroits où la religion ou la culture proscriit le geste afin d'éviter les stigmates pour la personne/la famille. Il s'agit principalement du jugement moral de la société, car le suicide a longtemps été considéré comme un crime¹⁹. C'est donc par convenance sociale,

¹⁸ Plusieurs auteurs font référence à cette problématique sous les termes sous-déclaration ou encore sous-notification.

¹⁹ La position de la religion catholique interdisant la sépulture chrétienne aux suicidés.

mais également pour les assurances qu'un suicide peut se diriger vers une classification inexacte, dont « causes de décès indéterminées ». (2) La difficulté de conclure au suicide. Conformément à la LRCCD, on « procède à l'investigation de tous les décès par suicide où les décès survenus dans des circonstances violentes » (St-Laurent et Bouchard, 2004 :2). Le déclarant, médecin ou coroner, doit atteindre un certain degré de certitude afin d'affirmer qu'il s'agit d'un suicide. D'ailleurs de nombreux suicidés déguisent volontairement leur geste. Selon Garneau (2005), il y aurait également une sous-déclaration liée à l'âge : « les coroners ont tout simplement moins tendance à enquêter lorsqu'ils se trouvent face au décès d'un individu âgé » (Garneau, 2005 :31). (3) Enfin, la troisième catégorie concerne les procédures relatives à la détermination d'un décès par suicide. Dans ce cas, le principal problème qui affecte les données sur les morts violentes au Québec semble être les délais d'enregistrement, la situation est d'ailleurs préoccupante pour la période de 1975-1978²⁰. Cela dit, selon l'O.M.S, les procédures suivies au Québec semblent assez satisfaisantes comparées aux autres pays (Morissette, 1982 :9).

Actuellement, la sous-estimation est probablement inférieure à ce qu'elle a été par le passé. Ceci serait attribuable à « l'amélioration générale du système d'enregistrement des données démographiques, des meilleurs procédés d'enquête (par exemple, l'introduction des analyses de sang faites en laboratoire) et l'attitude plus tolérante de la société envers le suicide (l'abrogation de la loi sur le suicide) » (Morissette, 1982 :13). De façon générale, l'I.N.S.P.Q. conclut que les données sur le suicide au Québec sont valides et fiables. De plus, « la sous-déclaration est très peu importante au Québec et si des correctifs étaient apportés, les taux resteraient sensiblement les mêmes » (St-Laurent et Bouchard, 2004 :3). Dans ce contexte, nous n'apporterons pas de modification aux données utilisées.

3.1.2 Période d'étude et changements de la Classification Internationale des Maladies

L'analyse de la mortalité par suicide au Québec préalablement à 1926 n'est pas possible car, avant cette période (1900-1925), aucun index des naissances, des mariages et des sépultures/décès n'existe à la grandeur de la province. C'est en 1926 qu'un index consolidé est créé, et depuis 1994, il s'agit d'un index centralisé où les naissances, mariages et décès sont enregistrés par la Direction de l'état civil du Québec.

²⁰ Nous discutons de cet aspect à la section 3.1.5 Considérations sur les données.

Aussi, il y a eu, au cours de la période couverte dans cette étude (1926-2004), huit révisions de la Classification Internationale des Maladies, Traumatismes et Causes de Décès (CIM). En fait, le codage international normalisé des maladies, traumatismes et problèmes de santé connexes est passé de la troisième à la dixième révision : la dernière étant entrée en vigueur au Québec en 2000. Ainsi, le suicide a été classé selon différentes rubriques au cours de cette période, comme l'indique le tableau III.

Tableau III
Rubriques pour les suicides selon les différentes révisions de la CIM

Classification utilisée	Années utilisée	Numéro de rubrique	
		(1)	(2)
3 ^{ième} révision	1926-1930	165-174	
4 ^{ième} révision	1931-1940	163-171	79
5 ^{ième} révision	1941-1949	163-164	81
6 ^{ième} révision	1950-1957	E963, 970-979	AE 148
7 ^{ième} révision	1958-1968	E963, 970-979	AE 148
8 ^{ième} révision	1969-1978	E950-959	AE 147
9 ^{ième} révision	1979-1999	E950-959	AE 264-270
10 ^{ième} révision	2000-2004	X60-X84 et Y87.0	

Notes : (1) Selon la liste détaillée de la classification

(2) Selon la liste intermédiaire de la classification

Source : (Morissette, 1982 :14), complété par l'auteur

Selon Morissette (1982), seules la septième révision et la huitième auraient affecté légèrement la comparabilité des données sur le suicide (Morissette, 1982 :13). Le passage de la sixième à la septième révision de la CIM a fait augmenter le nombre de décès classés comme suicides de 3 %, ce qui serait dû au transfert de certains décès classés auparavant comme accidentels (Morissette, 1982 :13). Par la suite, le passage de la septième à la huitième révision a fait baisser de 5 % le nombre décès classés comme suicides. Cette situation serait attribuée à l'ajout du mot « intentionnellement » à « blessures faites à soi-même ». Il y aurait ainsi eu un transfert de décès

classés auparavant sous la rubrique suicide vers la nouvelle rubrique « lésions causées de manière indéterminée quant à l'intention » (Morissette, 1982 :14). La dernière révision de la CIM à ce jour, la CIM-10, est entrée en vigueur au Québec en 2000 et plusieurs chercheurs concluent que les données de mortalité pour la majorité des causes de décès codées en CIM-10 ne sont pas directement comparables à celles codées en CIM-9 et cela comme pour les versions antérieures (Paquette, Alix et Choinière, 2006 :7). Néanmoins, selon Statistique Canada (2005), Griffiths et Ronney (2003) et Anderson et al (2001), « l'évolution du nombre de décès par suicide ne serait pas touchée par le passage de la CIM-9 à la CIM-10 » (Paquette, Alix et Choinière, 2006 :7). Cela dit, les multiples changements de la nomenclature des causes de décès de la CIM ont, à certains moments, affecté la classification des suicides, mais la correction des données s'avère une opération délicate et laborieuse d'autant plus que les études affirment que les pourcentages sont modestes. De là, nous n'effectuerons aucun ajustement aux données en fonction des différentes révisions de la CIM.

3.1.4 Données

Le nombre de décès par suicide au Québec dans notre étude provient de deux sources : Statistique Canada²¹ et l'Institut de la Statistique du Québec²². Les données (âge et sexe) pour la période 1926-1975 proviennent de Statistique Canada. À partir de 1976, nous avons accès aux données de l'Institut de la Statistique du Québec, une source plus proche de la réalité étudiée et généralement plus exhaustive. En effet, l'I.S.Q. compile les données provenant de la fiche de déclaration de décès (SP3) complétée par le coroner ou le médecin pour ensuite transmettre les résultats à Statistique Canada et aux autres organismes tels que l'O.M.S. L'avantage de l'organisme québécois est essentiellement relié au fait qu'il peut effectuer des mises à jour du fichier, soit le reclassement de décès vers une autre cause. Ainsi, nous privilégierons pour 1976-2004 les données du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec - fichier des décès du Québec, calculs effectués par l'I.S.Q. La dernière année compilée dans notre étude est 2004, soit l'année la plus récente pour laquelle les données statistiques sont disponibles en 2007. L'ensemble des données (nombre et taux) est fourni en annexe A3.1 à A3.8. Précisons que les

²¹ Statistique Canada, statistiques de l'état civil, Ottawa, n° 84-202 au catalogue 1926-1969.
Statistique Canada, statistiques de l'état civil, Ottawa, n° 84-206 au catalogue 1970-1975.

²² I.S.Q. statistiques de l'état civil, Québec, 1976-2004.

tentatives et les suicides complétés constituent deux faits distincts, et seuls les suicides complétés entrent dans notre étude.

3.1.5 Considérations sur les données

Trois considérations entourent les données utilisées dans notre étude. D'abord nos deux sources présentent une légère distinction au niveau des groupements d'âge. Alors que Statistique Canada fournit les données par groupe d'âge dès 0-4 ans, puis 5-9 ans et 10-14 ans, l'I.S.Q. regroupe ces données dans un seul groupe, les 0-14 ans. Afin de pouvoir réaliser notre analyse, nous regroupons les données en un groupe: considérés dans notre étude comme les 10-14 ans, en supposant qu'il n'y a pas de décès par suicide avant l'âge de 10 ans.

Deuxièmement, le groupe d'âge le plus avancé de notre étude est formé des 90 ans et plus. Néanmoins, Statistique Canada ne fournit pas les données pour ce groupe d'âge entre 1952 et 1975 : les données arrêtent à 85 ans et plus. L'absence du dernier groupe d'âge (90 ans et plus) sur cette période n'aura pas d'effet sur notre analyse, car le nombre de décès par suicide pour ce groupe d'âge est petit. Ainsi, nous supposerons, entre 1952 et 1975, que le groupe des 85 ans et plus est le dernier groupe ouvert.

Notre troisième considération est le fait que le Québec a connu une période perturbée de ses données sur le suicide entre 1975 et 1978. En effet, tel que le démontrait Morissette (1982) : « à partir de 1975, les données du Registre de la population du Québec et celles de Statistique Canada diffèrent (...) il faut retenir que pour les années 1975 à 1978, les données du Registre évaluent le nombre de suicides à un nombre 16 % supérieur à celui de Statistique Canada » (Morissette, 1982 :16). L'écart absolu et relatif varie selon les années et nous présentons l'évolution de cette situation au tableau IV. On remarque qu'il existe une différence appréciable entre les données publiées par les deux organismes statistiques. Il semble que cette situation soit attribuable au fait que le Québec a fait durant cette période, 1975-1978, la modification de ses procédures et de ses formulaires pour l'enregistrement des données d'état civil. Il y aurait donc eu des retards pour l'enregistrement des décès et un fichier incomplet aurait été remis à Statistique Canada. Heureusement, lorsque nous poursuivons la comparaison des données entre les sources jusqu'en 2004, on constate que la situation se stabilise et que les écarts sont beaucoup

moins importants. Néanmoins, la clarification et correction de cette situation par Statistique Canada sont souhaitables.

Tableau IV

Nombre de décès par suicide, selon deux sources, Québec, 1975 à 2004

Année	Sources		Écart	
	Statistique Canada	ISQ	Absolu	Relatif
1975	578	682	104	18%
1976	657	776	119	18%
1977	777	914	137	18%
1978	894	1 005	111	12%
1979	981	934	-47	-5%
1980	947	988	41	4%
1981	1 054	1 047	-7	-1%
1982	1 071	1 146	75	7%
1983	1 208	1 187	-21	-2%
1984	1 027	1 081	54	5%
1985	1 124	1 112	-12	-1%
1986	1 148	1 147	-1	0%
1987	1 179	1 165	-14	-1%
1988	1 089	1 093	4	0%
1989	1 042	1 038	-4	0%
1990	1 104	1 104	0	0%
1991	1 115	1 105	-10	-1%
1992	1 255	1 256	1	0%
1993	1 318	1 313	-5	0%
1994	1 263	1 291	28	2%
1995	1 431	1 442	11	1%
1996	1 468	1 463	-5	0%
1997	1370	1 382	12	1%
1998	1 373	1 370	-3	0%
1999	1 598	1 610	12	1%
2000	1 294	1 311	17	1%
2001	1 306	1 334	28	2%
2002	1 247	1 321	74	6%
2003	1 260	1 259	-1	0%
2004	1 148	1 177	29	3%

Source : (Morissette, 1982 :11)

Complété par l'auteur

3.2 Les méthodes

3.2.1 Taux brut de mortalité par suicide

Au Québec, deux indices globaux permettent de suivre l'évolution du suicide, à savoir le taux brut et le taux comparatif. D'abord, le taux brut de mortalité par suicide est le rapport du nombre de décès par suicide survenus au cours d'une période de temps, à la population moyenne correspondante, durant la même période (Morissette, 1982 :20). Bien qu'il soit facile à calculer, cet indice est influencé par la structure par âge de la population. Celle-ci (1) dépend du niveau de chaque composante et de leur profil par âge et par sexe et (2) est déterminée par les régimes de fécondité, de mortalité et de migration par groupe d'âge et sexe (Bourbeau, 2006 :10). Si nous supposons que nous sommes en présence d'une population vieillissante et que le phénomène de mortalité par suicide augmente avec l'âge, nous obtiendrons un taux brut très élevé qui démontrerait une forte croissance du suicide, même si ce n'est pas le cas.

3.2.2 Taux comparatif

Le second taux est le taux comparatif, aussi connu sous les noms de taux normalisé ou taux standardisé. Il s'agit du taux de mortalité qu'un territoire spécifique aurait connu, « si celui-ci avait exactement la même structure d'âge que celle de la population de référence » (Des Roches, 2005 :11). On calcule généralement un taux comparatif en appliquant la série des taux par âge à une population-type qui demeure la même tout au long de la période étudiée (Morissette, 1982 :20). Afin de calculer les taux comparatifs, nous utiliserons la population de référence du Québec, publiée dans les Statistiques démographiques annuelles de Statistique Canada, et l'année retenue pour notre étude est 1991. Sans être sans reproche, cet indice a l'avantage de permettre les comparaisons dans le temps aux mêmes périodes.

3.2.3 Taux de mortalité selon l'âge

Comme la mortalité par suicide varie beaucoup selon l'âge et le sexe, il convient de calculer des taux de mortalité par groupes d'âge et par sexe. Pour éviter des fluctuations annuelles aléatoires, nous travaillerons, le plus possible, sur des données quinquennales. Il s'agit d'effectuer la moyenne annuelle des décès pour un groupe d'âge sur cinq ans, puis de rapporter cette moyenne à la population recensée de ce groupe. C'est ainsi qu'on obtient un taux de suicide

par âge (groupe d'âge) pour une période de cinq ans²³. Ces taux tiennent compte des variations de structures par âge à travers le temps et rendent l'analyse plus fiable tout en étant plus fine.

3.2.4 Analyse longitudinale et définitions

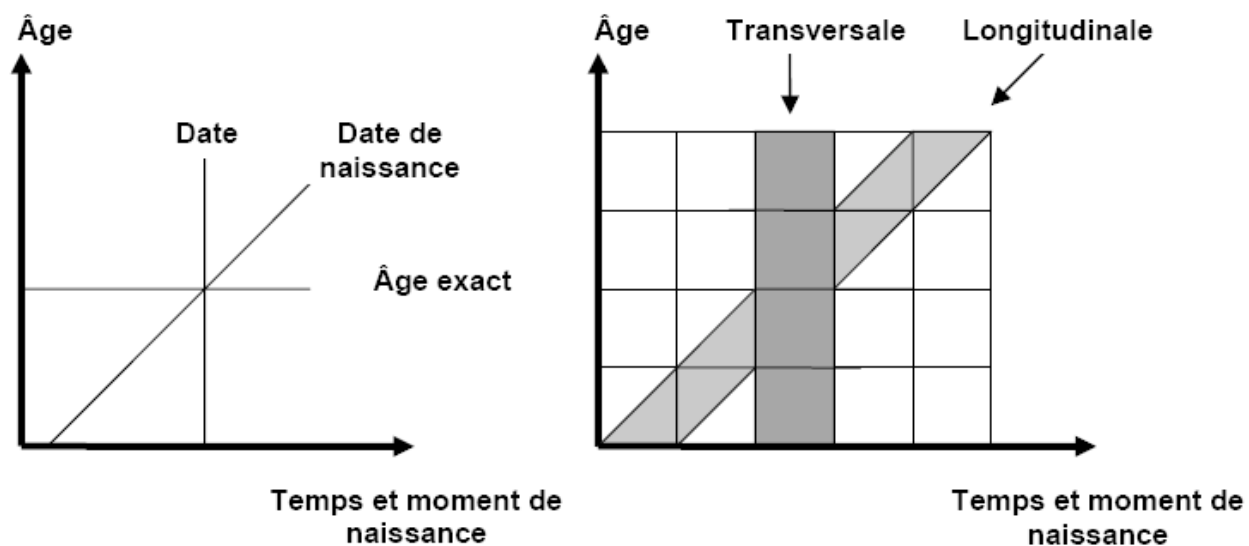
Pour étudier les évolutions à long terme de la mortalité par suicide selon l'âge, il faut disposer de données à intervalles réguliers. Contrairement à une analyse transversale qui peut fausser la réalité du phénomène lorsque celui-ci connaît des changements importants, la dimension longitudinale du suicide permet de mettre en évidence le profil réel de la mortalité selon l'âge : « mettre en évidence des changements qui ne sont pas associés à l'effet de l'âge, mais à des aspects de la culture et des comportements d'une génération » (Beaupré et St-Laurent, 1998 :75). Les coordonnées sur diagramme de Lexis en graphique 3.1 montrent le passage des données transversales aux données longitudinales et présentent trois dimensions : temps, âge et moment de naissance.

Ainsi, l'analyse longitudinale permet de suivre un groupe à mesure qu'il avance en âge et, pour ce faire, nous utilisons les mêmes taux calculés pour chaque période de cinq ans en les imputant aux générations auxquelles ils appartiennent. Par exemple (au graphique 3.2), le taux à 10-14 ans pendant la période de cinq ans de 1926-1930 (carré en jaune) appartient à 10 générations, soit de 1911-1920. Par commodité, nous attribuons ce taux aux individus qui constituent le groupe d'âge 10-14 ans au milieu de la période, 1^{er} juillet 1928 (ligne rouge), ce qui fait que le taux appartient aux générations 1913-1918 (voir lignes bleues). Ce processus est suivi pour l'ensemble de la période couverte dans notre étude et ainsi nous retraçons l'histoire de 24 groupes de générations de 1873-1878 aux plus récents, 1988-1993 (en 2001-2005 ces individus ont 10-14 ans).

²³ On obtient au total 16 séries de cinq ans de 1926-1930 à 2001-2005. À noter que la série 2001-2005 est complétée en supposant que le résultat pour l'année 2005 est égal à la moyenne des décès de 2001 à 2004.

Graphique 3.1

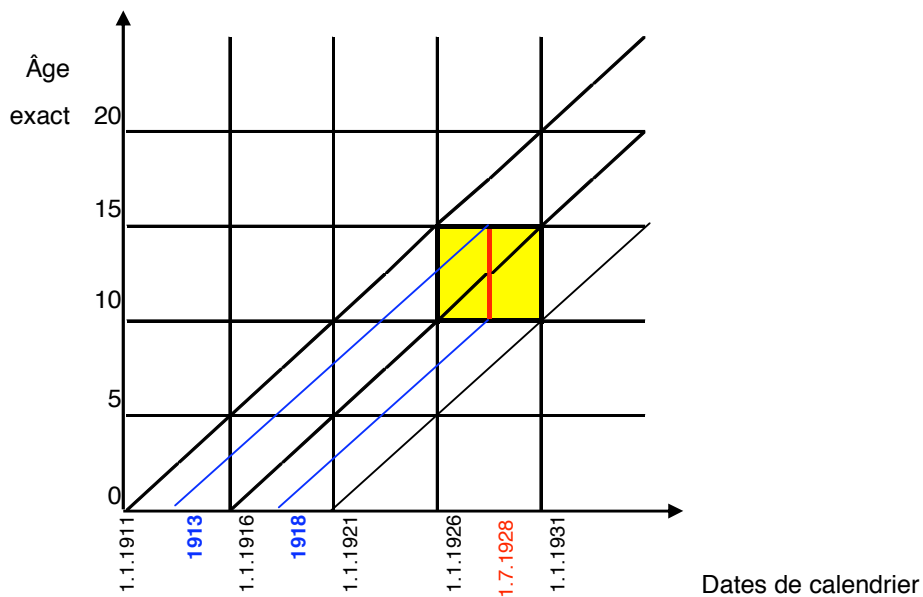
Coordonnées sur diagramme de Lexis : analyses transversale et longitudinale



Source : (Vandeschrick, 2003 :5)

Graphique 3.2

Diagramme de Lexis : taux de suicide à 10-14 ans pour la période de 1926-1930
rapporté aux générations 1913-1918



Définitions

On définit un effet d'âge lorsque les individus d'une population, ou une partie d'entre eux, connaissent un événement démographique (naissance d'un enfant, décès) en fonction de leur âge. Ceci signifie que le résultat observé varie avec l'âge, quelle que soit la génération considérée. Un effet de période se rapporte au fait que l'événement a lieu en relation avec la conjoncture historique traversée par l'ensemble des individus qui composent la population étudiée. Ainsi, le résultat de l'étude est fortement déterminé par la circonstance du moment. Un effet de génération se définit lorsqu'un comportement est adopté en fonction de la génération d'appartenance des individus. En fait l'effet de génération « rend compte de différences durables de comportements entre les différentes cohortes de naissance, dont les individus qui les composent ont vécu aux mêmes âges les mêmes événements temporels (guerre, crise économique), ou ont incorporé des systèmes de valeurs caractéristiques acquis pendant leur jeunesse et qui perdurent tout au long de leur vie » (Anguis et al, 2002 :3).

Aussi, il a été vu précédemment que nous avons recours aux groupes d'âge quinquennaux pour faciliter l'analyse des taux par âge. Cela dit, certaines caractéristiques sont attribuables à chaque étape de la vie humaine sans être distribuées par groupe d'âge de cinq ans. Pour cela, nous regroupons également les groupes d'âge par affinités de comportement, à savoir les étapes de la vie. Nous considérons le premier groupe des 10-14 ans comme étant l'enfance, période où l'individu apprend le langage, socialise et se développe puis acquiert sa morale et son indépendance personnelle. Suit le groupe de l'adolescence entre 15-24 ans : il s'agit d'une période de transition entre l'enfance et l'âge adulte où l'individu développe des relations plus matures et intimes. Les individus à cette étape de la vie expérimentent d'importantes transformations physiques, personnelles et sociales. Suit entre 25-44 ans, le début de l'âge adulte, période où l'individu cherche à établir des relations à long terme, fonder une famille, définir une carrière et trouver un emploi stable. Le groupe d'âge suivant est le milieu de l'âge adulte et il s'étend de 45 à 64 ans. Cette étape de la vie est caractérisée par plusieurs ajustements parentaux en plus d'aider les enfants dans la transition vers l'âge adulte. L'individu au milieu de l'âge adulte vise une stabilité financière et planifie sa retraite (De Leo et Evans, 2003 :15). Enfin, les aînés rassemblent les individus de 65 ans et plus. Ces personnes se retirent graduellement du monde du travail et font particulièrement face à certains ajustements physiques (limitations).

3.2.5 Modèle statistique de démographie

Parmi les méthodes statistiques disponibles, nous avons connaissance des modèles statistiques âge-période-cohorte (APC) en démographie. Ces modèles permettent d'analyser les schémas d'évolution à travers l'âge ou le temps. Cependant, les problèmes de corrélation rendent son usage vain dans le présent exercice. En effet, dans les analyses de régression, on évite « de retenir comme variables indépendantes des variables trop fortement corrélées, soit individuellement ou en combinaison. (...) Cette réalité n'invalidé pas la méthode en toutes situations, mais elle impose de sérieuses limites aux modèles employés (APC) dans le but de séparer les effets d'âge, de période et de cohorte » (Wilmoth, 2001 :395). Certaines études utilisent des modèles statistiques pour séparer les effets de l'âge; mentionnons notamment le travail de Chauvel (1997) sur le suicide en France. Cela dit, selon les considérations présentées, nous ne retiendrons pas ces modèles pour notre étude, mais soulignons avoir connaissance de ceux-ci.

Chapitre 4

Évolution de la mortalité due au suicide au Québec selon l'âge et le sexe : une interprétation sociologique

«S'il n'est pas possible à un tiers de comprendre, il lui est encore moins possible de juger »
(Minois, 1995 :372)

Ce chapitre veut contribuer à une meilleure compréhension du phénomène de la mortalité par suicide au Québec et de son évolution entre 1926 et 2004 en discutant des effets respectifs possibles de l'âge, de la période et de la génération. Ces trois composantes ne sont pas indépendantes, mais plutôt co-dépendantes, et le sens ainsi que l'amplitude de leurs effets sont souvent combinés. Cela dit, les transformations les plus spectaculaires depuis deux siècles sont celles concernant l'âge et nos résultats sur cette variable sont révélateurs quant à la réalité du phénomène au Québec. Nous faisons d'abord le point sur l'évolution du suicide au Québec en présentant le taux brut, le taux comparatif et les taux de mortalité par âge. Par la suite, nous présentons la vision transversale et longitudinale de l'évolution du phénomène. Nous offrons alors des pistes d'interprétation sociologique de nos principales observations. Enfin, nous faisons ressortir certaines préoccupations sur l'étude du phénomène au Québec, notamment les améliorations à envisager en matière d'analyse.

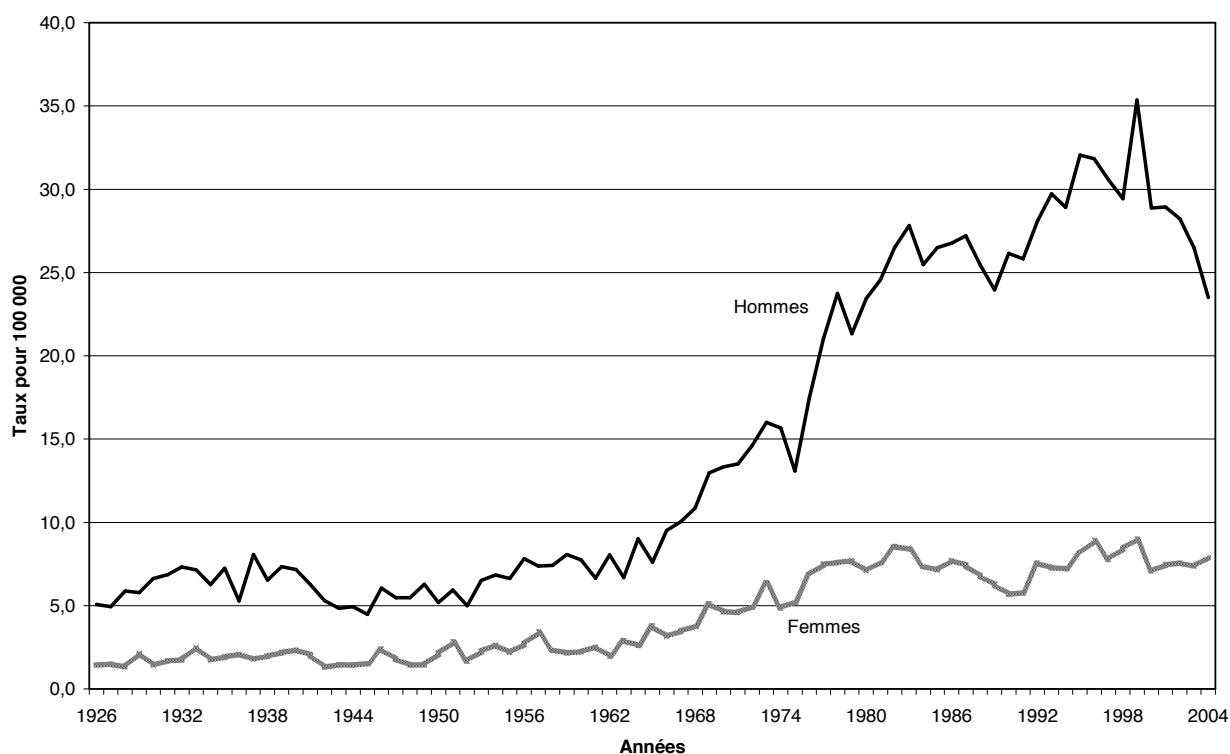
4.1 Le point sur l'évolution de la mortalité par suicide

4.1.1 Taux brut de mortalité

Malgré ses limites, l'examen du taux brut de mortalité par suicide au graphique 4.1 donne une bonne idée de la progression du phénomène au Québec et de la différence entre les hommes et les femmes. De 1926 à 2004, le taux brut de mortalité par suicide selon le sexe a été multiplié par 5, mais comme il est influencé par l'évolution de la structure par âge, nous ne pouvons comparer les résultats entre les périodes. Ainsi, nous avons recours au taux comparatif qui permet la discussion de l'évolution du taux dans le temps pour chaque sexe.

Graphique 4.1

Taux brut de mortalité (pour 100 000) par suicide selon le sexe, Québec, 1926-2004



Sources : annexes A3.3 et A3.4

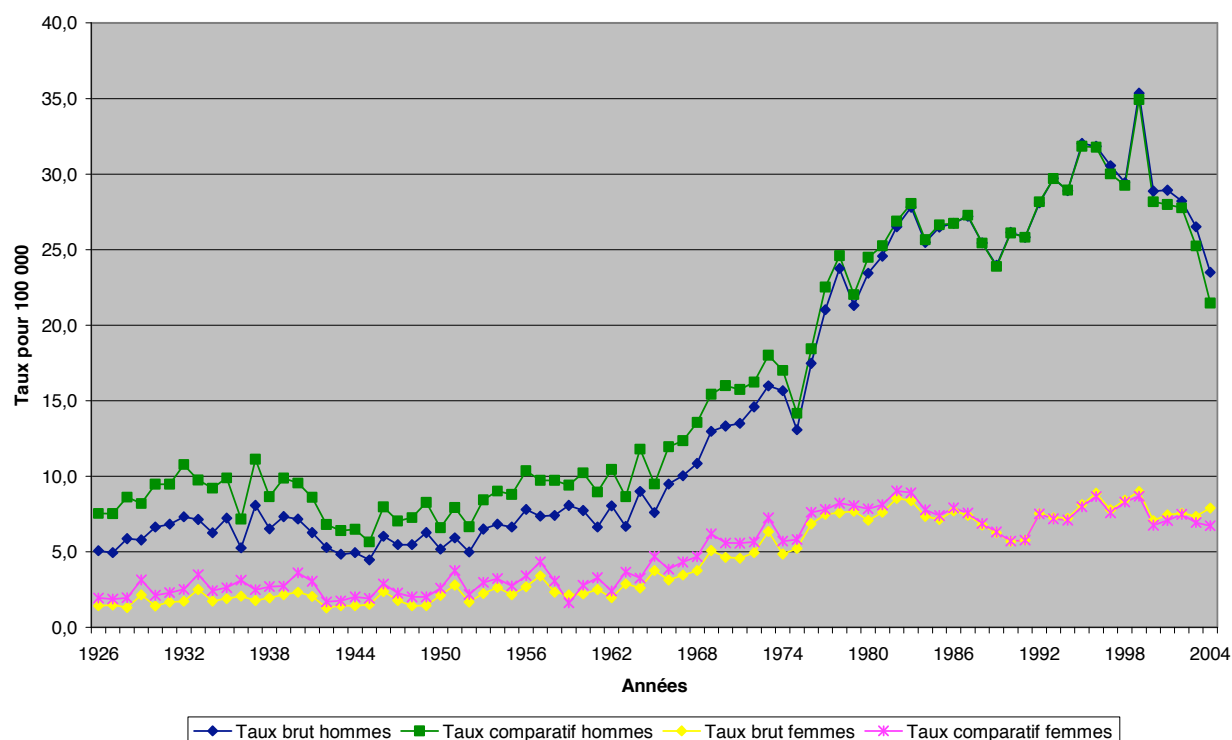
4.1.2 Taux comparatif de mortalité

Le calcul du taux comparatif est effectué à l'aide de la population type de 1991 et le graphique 4.2 montre que l'évolution du phénomène est influencée à la baisse par la structure par âge pour les deux sexes jusqu'en 1980. L'analyse du taux comparatif permet de voir que le suicide a connu des variations majeures entre 1926 et 2004 : le taux passe pour les hommes de 7,5 pour 100 000 (1926) à 21,5 (2004) et pour les femmes de 2,0 (1926) à 6,7 (2004).

Pour les hommes, le phénomène est resté stable pendant plusieurs années. Pendant près d'un quart de siècle, 1926 à 1950, le taux a peu varié oscillant entre 5,7 pour 100 000 et 11,1. Dans les années 1950, le taux comparatif des hommes augmente légèrement, mais de façon plus constante (en dix ans, il passe progressivement de 6,6 pour 100 000 à 9,4). Par la suite, le phénomène prend de l'ampleur et le taux atteint des sommets jamais vus auparavant dans la province.

Graphique 4.2

Taux brut et taux comparatif de mortalité (pour 100 000) par suicide, selon le sexe, Québec, 1926-2004



Sources : annexes A3.3 à A3.6

En effet, on observe à partir de 1960 une augmentation spectaculaire du taux de suicide chez les hommes : passage de 10,2 pour 100 000 à 28,0. Il s'agit d'une croissance régulière, bien que les données pour 1975 (14,2) et 1976 (18,4) laissent croire à une chute passagère. Rappelons qu'il s'agit d'une période perturbée pour l'information statistique sur le suicide au Québec et pour cela, nous n'interprétons pas ces effets en tant que césure à la tendance observée. Ainsi, la forte et régulière augmentation du phénomène est valide jusqu'en 1983. La propension effrénée qui s'étend sur 23 ans laisse place à une relative stabilité entre 1984 et 1986. Néanmoins, le phénomène connaît une seconde croissance rapide à partir de 1986 et le taux atteint un sommet²⁴ en 1999 avec 34,9 pour 100 000. Il s'opère un changement de régime après ce taux maximum, soit la chute importante du suicide pour les hommes. Le taux diminue de 13,4 points en 5 ans : le plus récent taux disponible est celui de 2004 avec 21,5 pour 100 000. Il est toutefois encore tôt

²⁴ Pour la période couverte dans notre étude.

pour se prononcer sur la possibilité que cette tendance à la baisse se poursuive et confirmer que les taux très élevés sont choses du passé.

Le taux comparatif de mortalité par suicide pour les femmes au Québec de 1926 à 2004 épouse les mêmes variations que celles des hommes, mais à un niveau beaucoup plus faible, avec parfois certains décalages (voir graphique 4.2). De 1926 au début des années 1960, le taux comparatif est très stable et passe de 2,0 pour 100 000 (1926) à 2,4 (1962) avec pour valeur maximale de 4,3 (1957) pendant ces 34 ans. Par la suite, le phénomène connaît une faible mais constante augmentation de 1963 à 1983 : le taux comparatif passe graduellement de 3,7 pour 100 000 (1963) à 8,9 (1983). C'est d'ailleurs à la fin de cette période de croissance que les femmes atteignent leur taux maximum, soit 9,0 pour 100 000 en 1982. Il y a une baisse de 3 points entre 1984 et 1990, mais cette tendance est de courte durée, car le taux comparatif passe de 5,8 pour 100 000 en 1991 à 8,7 en 1999. Depuis 2000, il semble que le taux comparatif de mortalité par suicide des femmes se stabilise autour de 7,0 pour 100 000.

Nous avons fait jusqu'ici état de l'ampleur du suicide au Québec, à savoir l'évolution dans le temps selon le sexe. Néanmoins, nous avons affaire à un phénomène qui varie considérablement selon l'âge et pour cela, nous analysons les taux par âge.

4.1.3 Taux par âge

L'analyse des courbes de mortalité par suicide selon l'âge permet d'identifier les groupes d'individus plus affectés par le phénomène, sans égard à quelle génération ils appartiennent. Comme le profil selon l'âge varie considérablement entre les hommes et les femmes, nos observations de l'évolution des taux s'effectuent selon l'âge et le sexe. Le taux par âge est calculé pour chaque année, mais également par regroupement de cinq ans afin d'atténuer les fluctuations aléatoires²⁵.

²⁵ Rappelons dans ce cas, la série 2001-2005 est complétée en supposant que le résultat pour l'année 2005 est égal à la moyenne des décès de 2001 à 2004.

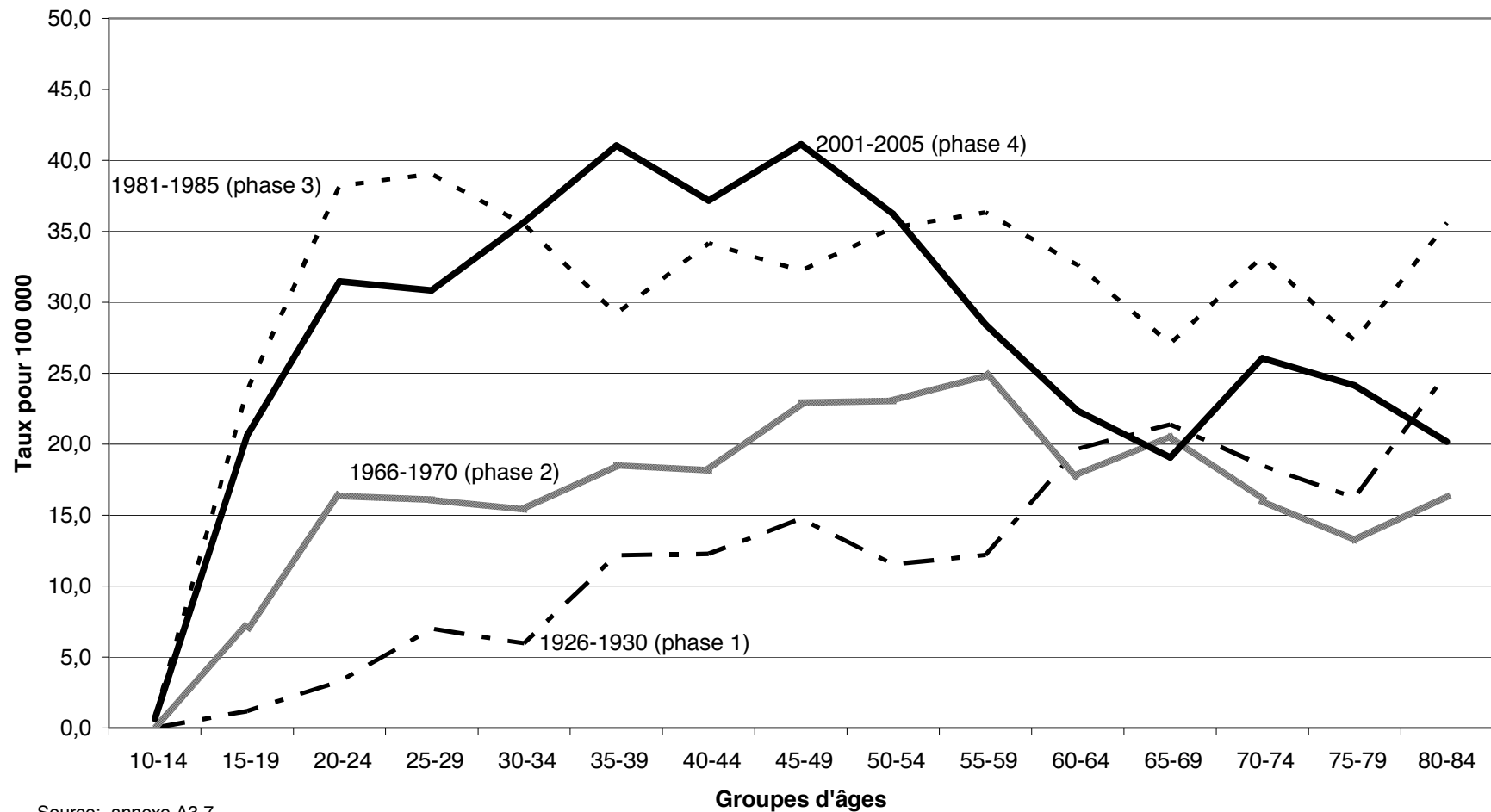
4.1.3.1 La vision transversale

La comparaison des taux de suicide par âge durant une période donnée (analyse transversale) permet de mettre en évidence des différences significatives selon les périodes. Pour les hommes, la courbe de mortalité selon l'âge s'est considérablement modifiée depuis 1926 et l'on reconnaît quatre phases présentées au graphique 4.3. Chaque phase est détaillée en annexe A4.1 à A4.4.

La première phase de 1926-1930 à 1951-1955 est caractérisée par un profil où la mortalité par suicide augmente avec l'âge. Malgré certaines fluctuations entre 1936 et 1945 (le taux augmente avec l'âge jusqu'à 60 ans puis chute), le phénomène est en croissance avec l'âge jusqu'au milieu des années 1950. En plus de l'augmentation générale du niveau de suicide, on constate au début des années 1950 que le suicide ne croît plus régulièrement avec l'âge. La deuxième phase voit l'apparition d'un point d'inflexion dans la courbe de mortalité. En effet, le suicide entre 1956-1960 et 1966-1970 s'accroît rapidement avec l'âge jusqu'à plus ou moins 60 ans, puis diminue graduellement jusqu'à la vieillesse. La troisième phase de l'évolution de la mortalité par suicide selon l'âge s'étend de 1971-1975 à 1991-1995 et on l'identifie par la présence d'un point d'inflexion à un plus jeune âge (maximum atteint entre 20-24 ans et 30-34 ans). Ainsi, le suicide chez les jeunes de 10 à 24 ans est très élevé puis le niveau semble s'uniformiser dans tous les groupes d'âge (très peu de variation avant la vieillesse). Enfin la quatrième et dernière phase, qui inclut pour le moment les périodes 1996-2000 et 2001-2005, est caractérisée par un nouveau déplacement du point d'inflexion, mais cette fois vers la droite. On remarque que le taux s'accroît avec l'âge jusqu'à 40-44 et 45-49 ans (sommet) pour ensuite chuter progressivement avec quelques variations.

L'évolution depuis 1926 de la mortalité par suicide pour les femmes selon l'âge n'a pas été aussi marquante que celle des hommes. Cependant, trois faits caractérisent le phénomène féminin : le faible niveau des taux à tout âge, la constance du mode (statistique) et du point d'inflexion. D'abord, le taux de mortalité par suicide des femmes est relativement peu élevé à tout âge et les écarts sont minces et difficiles à distinguer. En effet, l'écart entre le taux le plus fort et le plus faible de 1926-1930 à 2001-2005 est d'environ une dizaine de points et le taux maximum s'élève uniquement à 15,4 pour 100 000 (50-54 ans en 1976-1980). Le graphique 4.4 illustre bien la faiblesse des taux féminins.

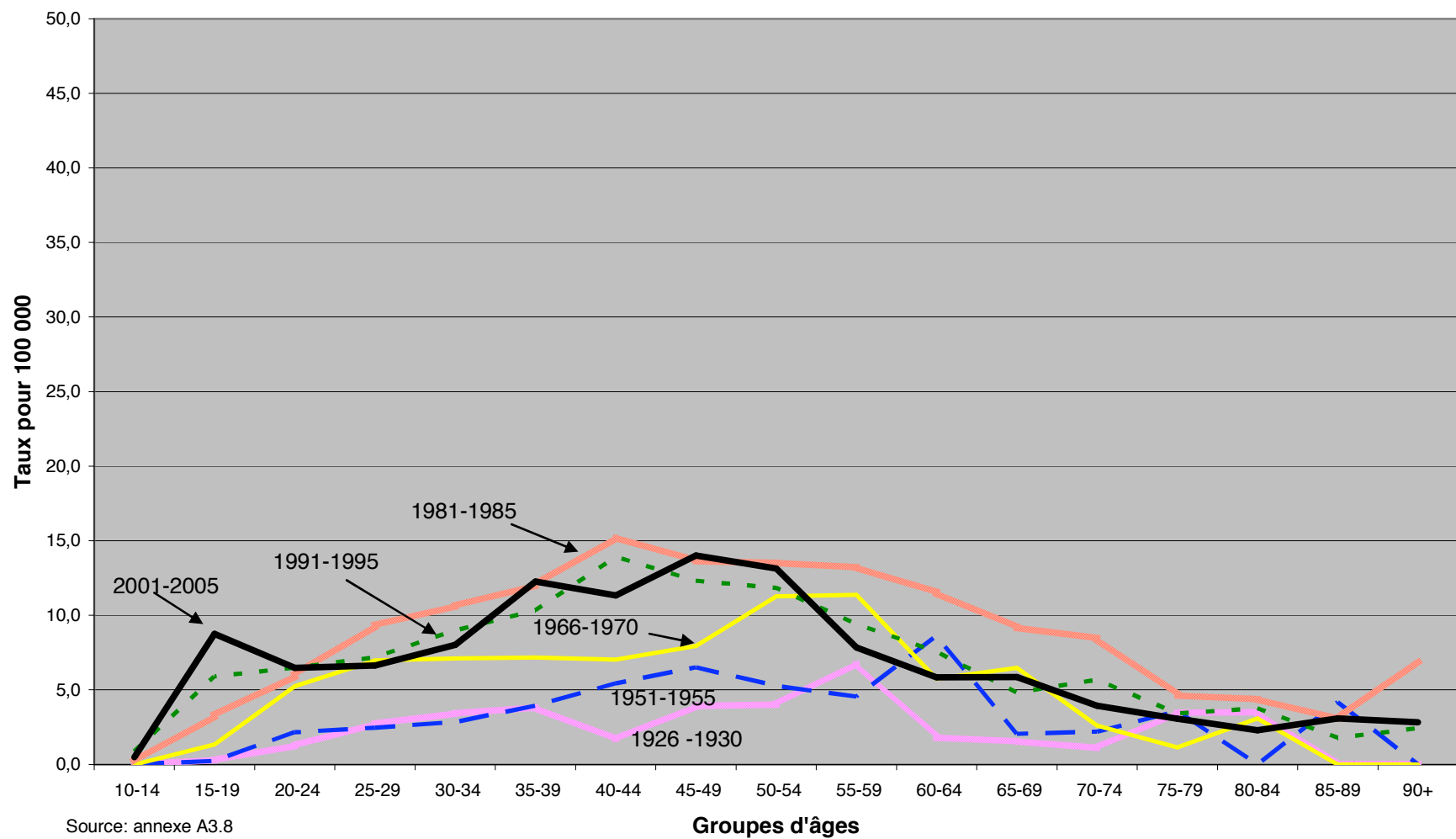
Graphique 4.3
Taux de mortalité (pour 100 000) par suicide chez les hommes selon le groupe d'âge, Québec
1926-1930 à 2001-2005 (4 phases)



Source: annexe A3.7

— - 1926-1930 (phase 1) — 1966-1970 (phase 2) - - 1981-1985 (phase 3) — 2001-2005 (phase 4)

Graphique 4.4
Taux de mortalité (pour 100 000) par suicide chez les femmes selon le groupe d'âge,
Québec, 1926-1930 à 2001-2005



Notons que le taux dépasse pour la première fois 10 pour 100 000 en 1966-1970 (11,4 auprès des 55-59 ans) et qu'en 2001-2005, ce sont les 45-49 ans qui se suicident le plus avec 14,0. Le second fait de l'analyse statistique des courbes féminines est la présence d'un mode²⁶ à un âge assez semblable d'une période à l'autre. Au-delà des fluctuations aléatoires liées aux petits nombres, le maximum est régulièrement observé entre 40 et 60 ans. Enfin, la constance du point d'inflexion est le troisième fait remarqué car, contrairement aux hommes, les courbes de mortalité par suicide des femmes atteignent leur maximum continuellement au milieu de l'âge adulte. Ainsi, le profil des suicidées reste relativement le même entre 1926-1930 et 2001-2005.

Nous venons de voir que le phénomène du suicide au Québec de 1926 à 2004 évolue différemment selon l'âge pour les hommes et qu'il y a eu une augmentation importante du taux chez les jeunes, ce qui suggère la modification du profil des suicidés. Dans ce cas, il est nécessaire de s'interroger sur l'existence d'une évolution de comportements selon les générations.

4.1.3.2 La vision longitudinale

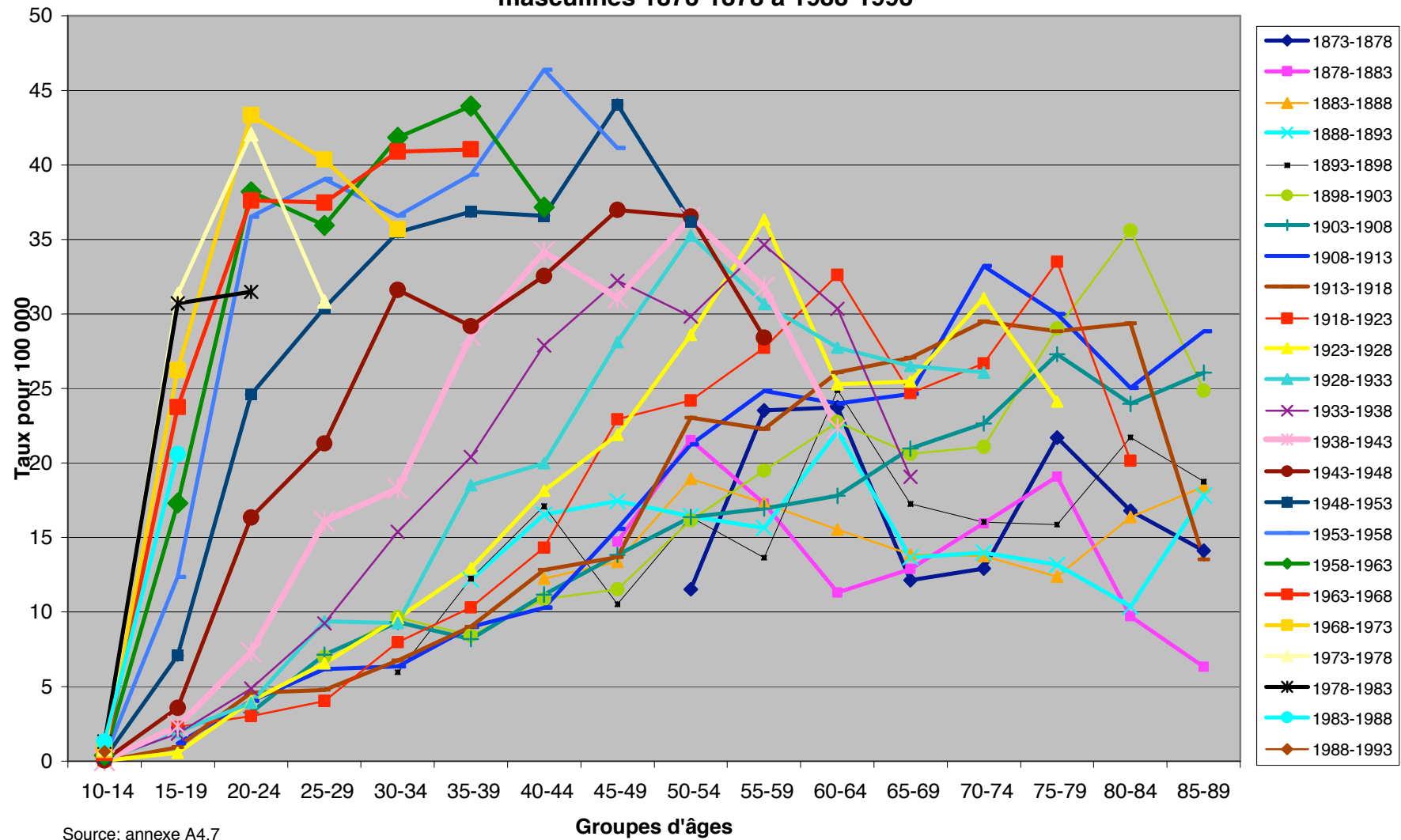
L'analyse de la mortalité par suicide selon la perspective longitudinale permet de suivre l'évolution des suicidés au sein de leur génération. Il s'agit d'identifier les différentes variations du phénomène selon les comportements de générations spécifiques à un âge donné. On considère alors les caractéristiques sociales, notamment économiques, politiques et culturelles particulières à cette période²⁷. Nous retraçons dans notre étude l'histoire suicidaire de 24 groupes de générations de 1873-1878 à 1988-1993; certaines séries sont complètes alors que d'autres sont partielles, le cycle de vie n'étant pas complété.

Le profil longitudinal de la mortalité par suicide chez les hommes présenté au graphique 4.5 illustre trois phénomènes : la progression constante de la suicidité d'une génération à l'autre, l'augmentation rapide du taux chez les adolescents (15-24 ans) entre chaque génération et enfin l'avancement du point d'inflexion.

²⁶ Un mode statistique désigne la valeur plus forte ou le plus fort effectif.

²⁷ Ces indices seront abordés à la discussion (Section 4.2)

Graphique 4.5
Taux de mortalité (pour 100 000) par suicide selon le groupe d'âge, Québec, générations masculines 1873-1878 à 1988-1993



Source: annexe A4.7

D'abord, il y a une progression constante de la suicidité masculine d'une génération à l'autre de 1923-1928 à 1968-1973. Ainsi, à âge égal, le taux de mortalité par suicide d'une génération est généralement plus élevé que celui relevé pour la précédente, du moins jusqu'à 45-49 ans (sauf exceptions et séries partielles). Cette progression des taux s'étend sur 10 groupes de générations et la tendance s'accroît dès les générations 1933-1938. Une partie de la génération des parents des baby-boomers (1919-1939) est affectée par ce phénomène, tout comme l'ensemble des enfants de la guerre (1940-1945), les baby-boomers (1946-1966) et une partie de la génération X (1966-1979). Ce phénomène semble cesser, car selon les observations du comportement suicidaire des plus récentes générations 1973-1978 à 1988-1993, les courbes s'imbriquent les unes dans les autres et, dans certains cas, les taux sont même plus faibles. Par exemple, les hommes de 15-19 ans issus des générations 1973-1978 ont un taux de suicide de 31,3 pour 100 000 puis le taux à cet âge dans les générations suivantes chute : en 1978-1983 à 30,7 puis en 1983-1988 à 20,6. Les hommes issus de ces générations semblent adopter un comportement moins suicidaire d'une génération à l'autre, mais nous ne pouvons anticiper que les taux de ces individus n'augmenteront pas à nouveau dans les autres étapes de la vie. Il faut attendre d'avoir une série plus complète avant de confirmer une telle tendance. Aussi, nous ne pouvons analyser la génération 1988-1993, car ces individus n'ont pas encore atteint 15-19 ans.

Le second phénomène distingué va de pair avec l'augmentation des taux entre chaque génération. Il s'agit de la progression importante des taux à l'âge de 15-24 ans. Ainsi, dans les plus anciennes générations (1873-1878 à 1933-1938), le taux de suicide à l'adolescence est très faible, généralement regroupé sous 5,0 pour 100 000. La première génération à connaître à cet âge une augmentation significative du suicide est formée des individus nés en 1943-1948. La progression du taux à l'adolescence se poursuit dans chaque génération jusqu'à celle de 1968-1973 : la hausse du taux s'élève à 27 points chez les 20-24 ans, soit de 16,3 pour 100 000 (1943-1948) à 43,3 (1968-1973).

Le troisième phénomène qui caractérise l'évolution de la mortalité par suicide des générations masculines au Québec est le déplacement du point d'inflexion. En majorité, les plus anciennes générations (1873-1878 à 1913-1918) n'ont pas de point d'inflexion car le taux de suicide augmente constamment avec l'âge. Le taux est faible de la jeunesse au début de l'âge adulte puis

croît au milieu de l'âge adulte pour culminer à la vieillesse (graphique en annexe A4.5). Il y a ensuite un changement de régime pour les générations 1918-1923 à 1953-1958, soit pour les parents des baby-boomers, les enfants de la guerre et une partie des baby-boomers. On constate pour ces générations que le taux de suicide progresse jusqu'au milieu de l'âge adulte puis diminue constamment jusqu'à la vieillesse. Plus important encore, le point d'inflexion présenté au tableau V se déplace vers la gauche entre chaque génération, c'est-à-dire que le niveau maximum de mortalité par suicide est atteint à un plus jeune âge (graphique en annexe A4.6). Le profil des suicidés dans ces générations masculines est profondément modifié : le point d'inflexion recule de 4 groupes d'âge entre la génération 1918-1923 (60-64 ans) et 1953-1958 (40-44 ans).

Tableau V

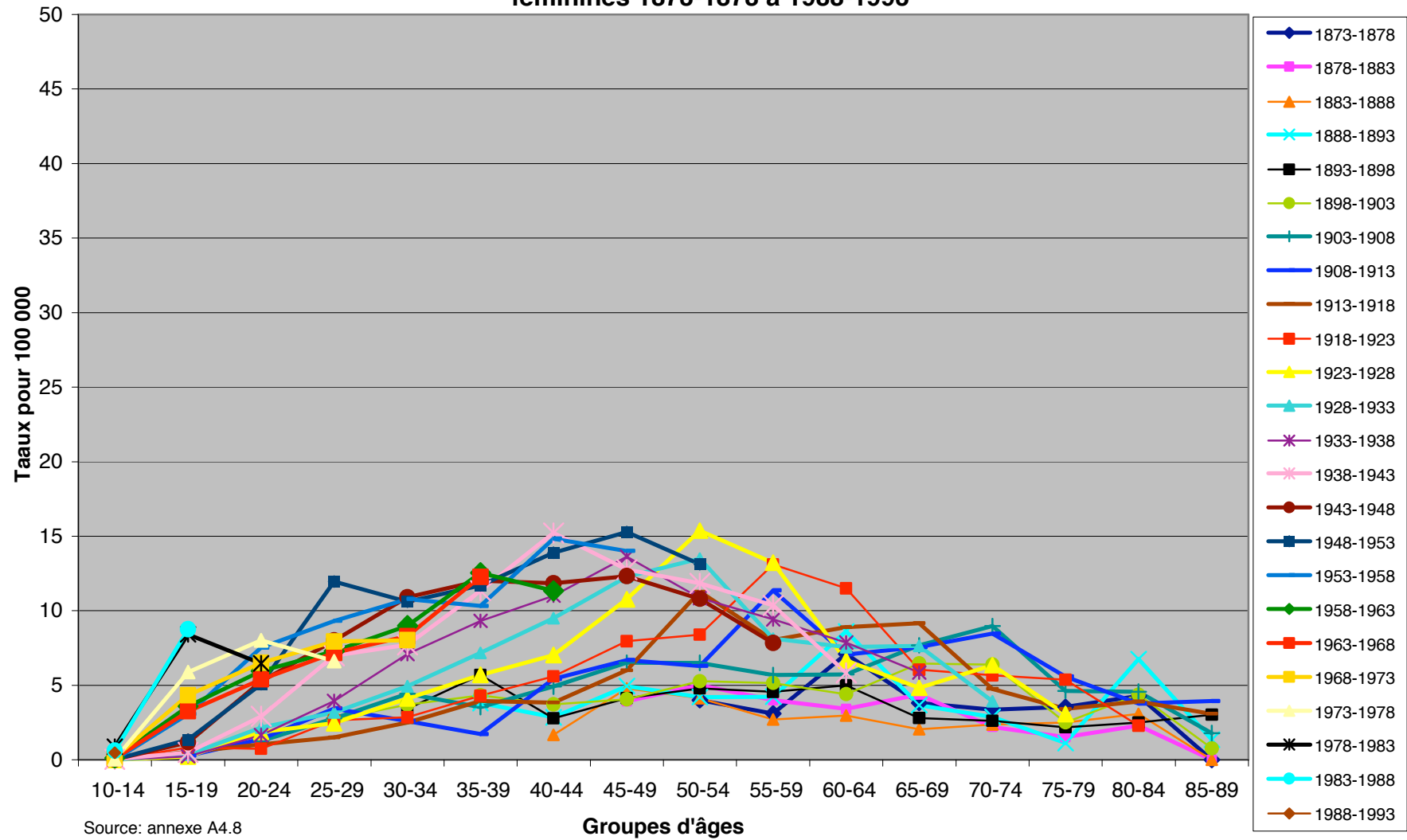
Déplacements du point d'inflexion des courbes de mortalité par suicide, générations masculines, Québec, 1918-1923 à 1953-1958

Générations	Point d'inflexion	Taux (pour 100 000)
1918-1923	60-64 ans et 75-79 ans	courbe bimodale 32,6 et 33,5
1923-1928	55-59 ans	36,3
1928-1933	50-54 ans	35,3
1933-1938	45-49 ans et 55-59 ans	courbe bimodale 32,2 et 34,6
1938-1943	50-54 ans	36,5
1943-1948	45-49 ans	37
1948-1953	45-49 ans	36,2
1953-1958	40-44 ans	46,4

Cette tendance semble se poursuivre pour la seconde partie de la génération X et la génération montante Y, soit 1963-1968 à 1988-1993. En effet, le taux de suicide de ces générations récentes chute dès 20-24 ans. Cependant, il est trop tôt pour confirmer que le niveau maximum est atteint et qu'il n'y aura pas de nouvelle hausse dans les prochaines années (donc un nouveau sommet). Des séries trop courtes limitent notre étude. Cela dit, il ne fait aucun doute, selon l'analyse des générations masculines, qu'il y a un rajeunissement du profil des suicidés, celui-ci distinct des révélations faites à partir de l'analyse transversale.

Contrairement aux hommes, nous remarquons au graphique 4.6 que les courbes de mortalité par suicide des générations féminines se chevauchent constamment les unes sur les autres et que le point d'inflexion se déplace très peu (fait qui a été également révélé par l'analyse transversale).

Graphique 4.6
Taux de mortalité (pour 100 000) par suicide selon le groupe d'âge, Québec, générations
féminines 1873-1878 à 1988-1993



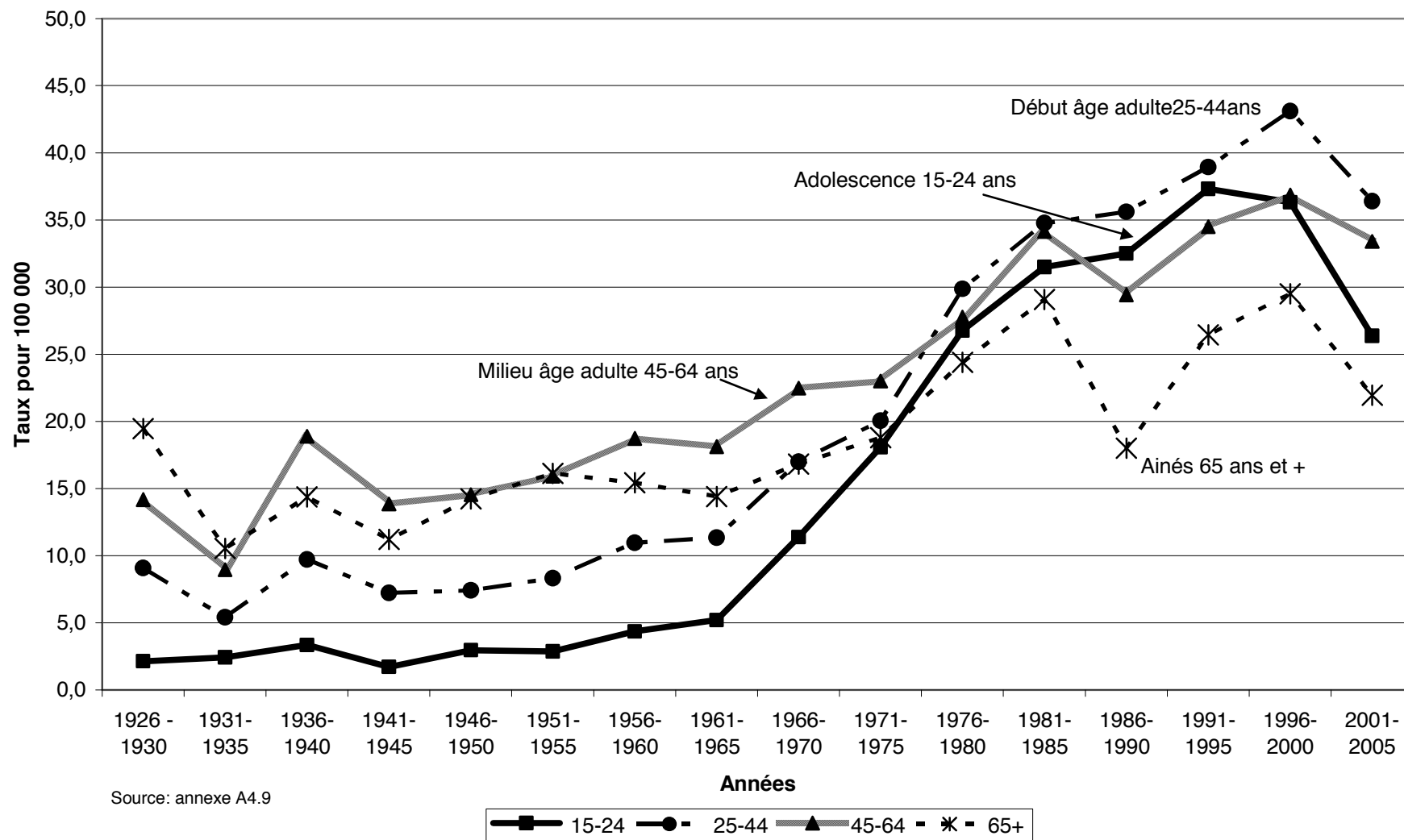
Selon l'analyse des générations féminines, le taux de suicide n'augmente pas constamment avec l'âge. Il suit plutôt une courbe généralement unimodale et son profil reste très sensiblement le même dans chaque groupe de générations de 1873-1878 à 1988-1993. Cependant, nous distinguons deux regroupements de générations selon le niveau du taux (faible et plus fort). Ainsi, les générations ayant des taux plus faibles sont 1873-1878 à 1918-1923 alors que les femmes issues des générations 1923-1928 à 1988-1993 ont les plus forts taux. Cela dit, les courbes associées à ces deux groupements de générations se superposent respectivement entre elles, la seule différence est le niveau. Aussi, comme les courbes ont tendance à se chevaucher, le point d'inflexion reste sensiblement le même dans chacune des générations (opposé des observations faites pour les générations masculines). Il n'y a donc pas pour les femmes de changement de profil pour les suicidées selon l'analyse des générations féminines. Afin d'obtenir une meilleure idée du changement de profil masculin des suicidés, il est approprié d'examiner l'effet de période selon les étapes de la vie humaine.

4.1.4 L'effet de la période

L'analyse d'un effet de période permet d'identifier « l'effet de la conjoncture économique ou sociale de l'époque sur la propension au suicide de tous les individus vivant à la date observée » (Anguis et al, 2002 :3). Nous raffinons notre analyse de la conjoncture en observant les taux de suicide selon les groupes d'âge des étapes de la vie : adolescence 15-24 ans, début de l'âge adulte 25-44 ans, milieu de l'âge adulte 45-64 ans et les aînés 65 ans et plus. On constate au graphique 4.7 que le suicide affecte principalement, au début du XX^e siècle, les aînés (65 +) et les hommes au milieu de l'âge adulte (45-64 ans). Le groupe le moins touché est de loin celui des adolescents (15-24 ans), laissant ainsi les hommes au début de l'âge adulte en troisième position. Ce profil subit très peu de modifications entre 1926 jusqu'aux années 1960 : la loi de l'évolution du suicide avec l'âge se valide.

Cette longue période de stabilité fait place à d'importants changements qui bouleverseront le profil masculin des suicidés. D'abord, la période 1966-1970 marque le début d'une forte et constante augmentation du taux de suicide dans tous les groupes d'âge. Cette tendance se poursuivra pour les aînés jusqu'en 1981-1985 et les années 1990 pour les trois autres étapes de la vie. Néanmoins, cette croissance des taux est plus spectaculaire pour les adolescents.

Graphique 4.7
Taux de mortalité (pour 100 000) par suicide chez les hommes selon les étapes de la vie,
Québec, 1926-1930 à 2001-2005



Par exemple, le taux passe de 11,4 pour 100 000 en 1966-1970 à 31,5 en 1981-1985. Parallèlement, l'âge moyen des suicidés masculins diminue de 10 ans entre 1951 et 1976 (58,2 ans à 47,3 ans). Ainsi, « on se suicide donc non seulement plus fortement mais aussi de plus en plus jeune » (Morissette, 1982 :34).

La progression du suicide se poursuit en 1971-1975 pour toutes les étapes de la vie et l'on remarque que leurs taux se rapprochent les uns des autres (voir tableau VI). En 1976-1980, le niveau de suicide est très similaire et laisse entrevoir l'uniformisation du phénomène.

Tableau VI
Taux de mortalité (pour 100 000) par suicide selon les étapes de la vie,
1971-1975 à 1981-1985

Années	15-24	25-44	45-64	65+
1971-1975	18,1	20,1	23,0	18,8
1976-1980	26,8	29,9	27,8	24,4
1981-1985	31,5	34,8	34,2	29,1

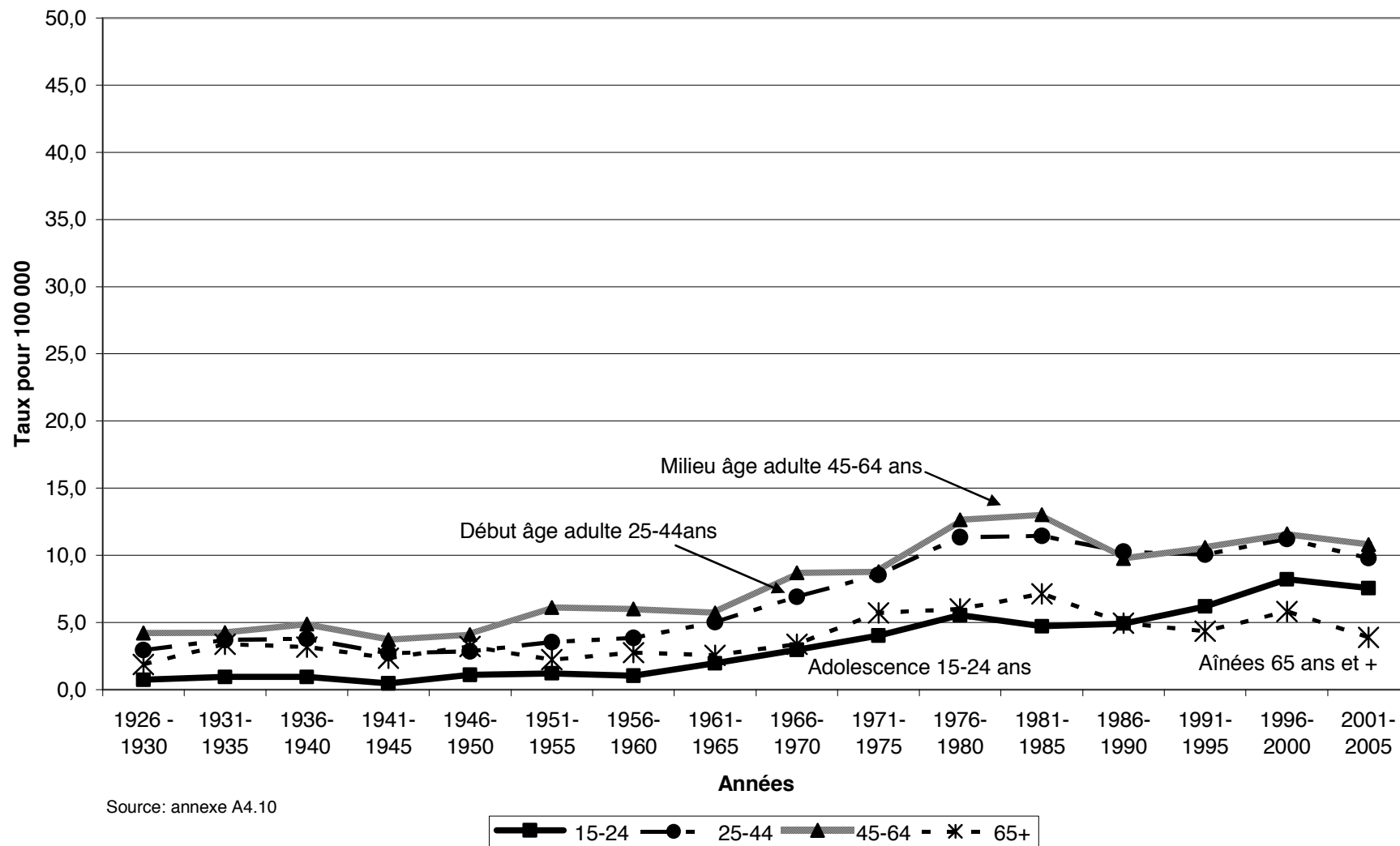
Cette tendance (uniformisation des taux) qui s'avéra temporaire marque néanmoins le début de la modification du profil des suicidés. En effet, à partir de 1976-1980, les hommes au début de l'âge adulte sont les plus affectés par le suicide alors que les adolescents et les aînés ont les taux les plus faibles. Depuis cette période (1976-1980) jusqu'aux dernières données disponibles de notre étude (2001-2005) : (1) les taux les plus élevés seront toujours détenus par les hommes au début de l'âge adulte et (2) le taux de suicide des aînés sera toujours le plus faible des quatre étapes de la vie, ne s'accroît plus et maintiendra un écart d'environ 10 points avec l'étape ayant le plus fort taux.

Puis, la période 1986-1990 marque le point tournant de la modification du profil des suicidés masculins. Après 50 ans d'évolution, les courbes de suicide sont inversées : le phénomène est à présent plus fort pour les hommes au début de l'âge adulte et pour les adolescents. En fait, le taux des adolescents est passé du dernier rang en 1966-1970 (11,4 pour 100 000) au deuxième rang en 1986-1990 (32,5). En conséquence, les taux de suicide des hommes au milieu de l'âge adulte (29,4) et des aînés (18,0) sont en ordre croissant les plus faibles. Le rajeunissement du

profil des suicidés se confirme en 1991-1995, mais on remarque déjà certaines modifications en 1996-2000. Durant cette période, les adolescents et les hommes au milieu de l'âge adulte ont le même niveau de suicide (36,3 pour 100 000 et 36,9) précédé par les hommes au début de l'âge adulte. L'examen des données les plus récentes (2001-2005) montre un changement de régime car, contrairement à l'image populaire véhiculée sur la jeunesse du phénomène, ce sont les hommes au début et au milieu de l'âge adulte qui sont les plus affectés (36,4 pour 100 000 et 33,4). Pour les adolescents, on note une baisse d'environ 10 points entre le taux de 1996-2000 et celui de 2001-2005 (36,3 pour 100 000 versus 26,4) et il se rapproche du niveau des aînés (22,0).

Contrairement aux hommes, les courbes de mortalité par suicide au Québec selon les étapes de la vie chez les femmes présentées au graphique 4.8 confirment que le profil des suicidées n'a pas fondamentalement changé entre 1926-1930 et 2001-2005. La principale caractéristique est la légère augmentation du niveau à chaque étape de la vie à partir des années 1960. Les femmes les plus touchées par le phénomène, en ordre décroissant, sont celles au milieu de l'âge adulte puis au début, suivies par les aînées et enfin, avec les plus faibles taux, les adolescentes. Cet ordre est très peu bouleversé en trois quarts de siècle. En effet, on distingue deux variations : (1) le taux des femmes au milieu de l'âge adulte est dépassé par celui des femmes au début de l'âge adulte pour une période, celle de 1986-1990 (9,8 pour 100 000 versus 10,3); (2) les adolescentes et les aînées ont le même taux de suicide en 1986-1990 (4,9 pour 100 000) puis, à partir de 1991-1995, les adolescentes présentent des taux supérieurs aux aînées. Cela dit, l'évolution du profil des suicidées féminines entre 1926-1930 et 2001-2005 n'est strictement pas comparable à la réalité masculine.

Graphique 4.8
Taux de mortalité (pour 100 000) par suicide chez les femmes selon les étapes de la vie,
Québec, 1926-1930 à 2001-2005



Enfin, en fonction des éléments présentés, nous considérons que le phénomène au Québec est plus le produit d'un effet de génération, bien que les adolescents et les hommes au début de l'âge adulte soient sensibles au phénomène. En effet, l'effet de génération apparaît plus évident que l'effet d'âge : l'augmentation de la propension au suicide entre les groupes de générations de 1923-1928 à 1968-1973 est très importante contrairement au profil des suicidés selon l'âge qui a suivi une évolution en quatre phases, mais dont à aucun moment dans notre étude nous avons observé l'inversion de la loi de la progression du suicide avec l'âge²⁸.

Les faits saillants de l'évolution de la mortalité par suicide au Québec selon l'âge se présentent ainsi :

- De façon générale, il y a surmortalité masculine peu importe l'âge, la période ou la génération.
- Le profil masculin des suicidés a suivi quatre phases différentes depuis 1926.
- La croissance rapide du suicide à l'adolescence pour les garçons s'est observée entre 1966-1970 et 1991-1995. À partir de 1996-2000, le taux des adolescents est à la baisse.
- Depuis 1976-1980, ce sont les hommes au début de l'âge adulte qui sont les plus affectés par le suicide au Québec.
- Par ailleurs, il y a eu une importante augmentation de la propension au suicide pour les hommes nés de 1923-1928 à 1968-1973, affectant principalement les générations des parents des baby-boomers (1919-1939), les enfants de la guerre (1940-1945) et les baby-boomers (1946-1966).
- Au début du XXI^e siècle, on voit se dessiner les constats suivants : (1) l'augmentation de la suicidité de génération en génération semble s'être arrêtée; (2) les taux de suicide selon l'âge sont généralement à la baisse pour les hommes et (3) le profil masculin montre que les taux de suicide progressent jusqu'à 45-49 ans pour ensuite diminuer.
- L'effet de l'avance en âge, qui ne peut être saisi qu'au sein des générations, s'est modifié de façon importante pour les hommes : d'un profil où la mortalité augmente de façon presque continue avec l'âge, on passe à un profil où la mortalité augmente jusqu'au milieu de la vie adulte (45-50 ans) pour ensuite diminuer avec l'âge

²⁸ On aurait observé les plus hauts taux de suicide chez les jeunes puis à l'âge adulte une chute des taux jusqu'à la vieillesse.

- La hausse de la mortalité masculine entre les générations semble avoir été temporaire puisque les plus récentes générations ont un comportement semblable ou en diminution et le mode de la courbe de mortalité semble s'observer de plus en plus tôt
- Ces phénomènes ne s'observent pas chez les femmes dont le profil par âge reste semblable, malgré un rajeunissement du calendrier du phénomène

4.2 Pistes d'interprétation sociologique de l'évolution de la mortalité par suicide au Québec

De ce que nous venons de décrire à propos de l'évolution de la mortalité par suicide au Québec, deux points retiennent particulièrement notre attention et appellent à la discussion : en premier lieu, la persistance de l'écart notoire entre les sexes et deuxièmement, l'évolution du profil par âge et par génération chez les hommes.

4.2.1 Différences entre les sexes

La surmortalité par suicide des hommes par rapport aux femmes est sans aucun doute le fait le plus remarquable et le plus stable à travers le temps. En effet, nous avons observé au Québec que rien n'indique un rapprochement des taux masculins et féminins, ceux des hommes se situent constamment à des niveaux incomparables à ceux des femmes. Rappelons qu'environ 20 points séparent le taux de suicide des hommes à celui des femmes depuis le milieu du XX^e siècle. Cette différence entre le niveau des taux de suicide masculins et féminins renvoie au fait que les hommes et les femmes occupent des places différentes au niveau social et familial. Ces places sont définies par les institutions « intégratrices », que sont, entre autres, la religion et le travail – deux structures qui ont subi au Québec de profondes transformations, particulièrement radicales depuis la Révolution tranquille, ce qui a contribué à redéfinir les rôles de genre.

En effet, il faut avoir en tête que l'implantation profonde de l'institution religieuse (la religion catholique) au cœur de la société civile et de la famille a longtemps assuré l'intégration collective au Québec et défini les rôles de genre. Olivier Clain dit à ce sujet que « la société canadienne-française trouve à devoir se reconnaître dans l'Église. Celle-ci devient l'Institution représentative, gardienne de son identité collective et son caractère transnational lui assure un rapport de force minimal à l'intérieur de l'Empire britannique » (Clain, 2001 :198). L'intégration

institutionnelle selon les valeurs de l'époque a eu des effets sur la structure sociale et familiale : comme il a été dit au chapitre 1, les hommes occupaient le rôle de père symbolique et pourvoyeur, soit de support monétaire de la famille. L'éducation primaire suffisait, il n'y avait pas de plan de carrière, car les hommes travaillaient principalement à l'usine ou comme agriculteur et l'éducation supérieure était réservée aux professions traditionnelles tels qu'avocat, notaire, médecin, prêtre... De leur côté, les femmes occupaient un rôle largement valorisé par l'Église : celui de mère. Il s'agissait du fondement de la structure familiale, donner naissance aux enfants, s'occuper de ceux-ci et de tout ce qui était lié à la famille.

Dès le début de la Révolution tranquille, le mode de vie des Québécois, hommes et femmes, a été bouleversé par la diminution de l'influence de l'Église²⁹ au sein des sphères politique, sociale et de l'éducation. Des valeurs plus libérales ont été épousées et les rôles de genre ont été profondément modifiés : de plus en plus présentes sur le marché du travail, les femmes se sont retrouvées « doublement » intégrées par la famille et le travail alors que les hommes ne pouvaient plus assumer leur rôle traditionnel et « perdaient » le monopole de leur rôle de pourvoyeur, leur principale raison d'être. En effet, l'intégration sociale des hommes qui résidait principalement, pour ne pas dire uniquement, dans leur rôle de pourvoyeur s'est trouvée remise en cause dans le double contexte des transformations du marché du travail auquel les femmes accèdent de plus en plus massivement et celles de la famille de moins en moins « institutionnalisée » (union libre, divorce, famille reconstituée et famille monoparentale). De leur côté, les femmes acquièrent graduellement leur indépendance et redéfinissent leur identité au sein de la société québécoise moderne. Alors qu'on observe durant les années 1970 la montée des mouvements féministes, le statut de l'homme unique pourvoyeur est vivement questionné par les femmes car elles accomplissent également cette tâche. Les hommes perdent ainsi progressivement l'exclusivité dans plusieurs domaines (scolarité, emploi) et ils se retrouvent, dû aux changements de société qui valorisent l'éducation et la poursuite d'une carrière, en compétition avec les femmes sur le plan professionnel. Les hommes ont du mal à renoncer à ce modèle traditionnel (femme au foyer et homme pourvoyeur) et tardent à s'inscrire dans le processus de remise en question de leur identité et de leur rôle au sein de la société moderne.

²⁹ Limité par le gouvernement.

Ainsi, les transformations des cadres intégrateurs de la religion et du travail transforment les rôles de genre et, dû à l'absence de remise en question, les hommes ne se seraient pas adaptés au nouveau rapport de genre dans la société moderne québécoise ce qui aurait contribué au développement du suicide des hommes comparativement aux femmes. Il est donc fort possible comme Dagenais (2007) l'affirmait que la coïncidence avec la crise de la famille soit la clé pour comprendre le suicide ainsi que sa progression dans la société québécoise moderne.

4.2.2 Âge et génération chez les hommes

Comme nous l'avons vu, nous ne pouvons pas traiter ensemble de la réalité du suicide des hommes et des femmes³⁰. Ainsi orientons-nous ici notre réflexion sur la dimension de l'âge et des générations chez les hommes.

L'âge

L'avancement en âge définit des étapes spécifiques dans la trajectoire de vie. En effet, les hommes ne sont pas soumis aux mêmes exigences de la vie à 19 et à 55 ans. Les jeunes ont toute la vie devant eux, alors pourquoi le suicide a-t-il augmenté si brutalement pour les hommes à cette étape de la vie?

Avant de nous lancer sur une piste d'interprétation, nous devons d'abord faire remarquer que la croissance fulgurante du suicide chez les adolescents est une situation particulièrement bien documentée depuis la mise en place du C.P.J. Cette attention particulière ainsi que les rapports sur la situation *préoccupante*³¹ des adolescents a laissé sous-entendre que le suicide au Québec était un phénomène de jeunes bien qu'il ne s'agisse, à aucun point dans notre étude, du groupe³² le plus affecté par le phénomène. Cela dit, nous considérons qu'il est nécessaire d'aborder la situation des adolescents masculins, car une telle progression ne s'était jamais vue au Québec.

³⁰ Rappelons d'une part à cause de l'écart considérable entre les taux des deux sexes. D'autre part, parce que le profil masculin s'est modifié au fil du temps alors que celui des femmes est resté sensiblement le même (seule le niveau des taux a augmenté). On ne note pas d'effet de génération chez les femmes.

³¹ Préoccupante est un mot faible, alors que plusieurs études rapportaient à répétition un discours alarmant sur le phénomène chez les adolescents.

³² L'adolescence 15-24 ans

Ces considérations faites, nous croyons que le suicide chez les adolescents pourrait être l'aboutissement d'un cheminement marqué par un défaut d'intégration sociale, dû au délai ou l'absence de l'acquisition du statut familial, professionnel et de l'indépendance économique. En effet, l'adolescence est une période de transition entre l'enfance et le début de l'âge adulte qui présente des défis différents des autres étapes de la vie. La rapidité avec laquelle s'engagent les multiples transformations d'ordre physique, psychologique et social est propice au développement de l'anomie. Comme le dit Dagenais (2007), le propre de l'anomie à l'adolescence serait la combinaison du « manque flagrant de préparation personnelle à l'entrée dans la vie adulte, avec insatisfaction profonde » (Dagenais, 2007). Autrefois, le mariage marquait la fin de ces années folles constituées principalement de naïveté et de rêve. Selon Durkheim, l'acquisition du statut familial (rôle de père - présence enfants) était un facteur significativement protecteur du suicide pour les hommes et se présentait tôt dans leur vie. Toutefois, il y a une baisse de la nuptialité depuis le changement de régime des valeurs sociales et des rapports de genre des années 1960. Certes, il n'est *plus* « nécessaire d'avoir un contrat de mariage pour fonder une famille » (Henripin, 1997 :19). Cela dit, la réalité québécoise s'est également transformée avec la valorisation de la scolarité par la société, instaurant des nouvelles priorités : les adolescents (garçons et filles) doivent construire leur crédibilité sociale en obtenant un diplôme (éducation), faire carrière (profession) puis payer les prêts qui ont légitimé leur scolarisation. Les rôles familiaux des hommes acquis par le mariage est retardé et le nouveau cheminement par l'éducation peut s'avérer laborieux pour les adolescents³³. Nous reprendrons les propos de Dagenais (2007) selon qui les adolescents souvent sans scolarité sont restreints dans leurs possibilités d'emploi (Dagenais, 2007). L'acquisition de l'indépendance financière serait, dans ces circonstances, plus difficile. Suite à l'échec de l'acquisition du statut familial, professionnel et de l'indépendance financière, la capacité des adolescents à s'intégrer dans cette société en changement deviendrait déficiente et cela pourrait les amener au suicide.

Des générations plus suicidantes

L'analyse de la mortalité par suicide selon les générations ajoute une dimension nécessaire à l'étude de l'évolution du phénomène selon l'âge. Rappelons que Morissette (1982) avait observé

³³ Notamment à cause du décrochage scolaire qui au Québec est une réalité masculine : l'écart entre les garçons et les filles depuis le début des années 1990 se situe autour de 15 % et « plus d'un garçon sur trois ne terminera pas ses études secondaires avec un diplôme » (Janosz, 2000 : 110).

« le détachement de plus en plus distinct des courbes de suicide depuis quatre ou cinq générations³⁴ » et l'étude de Beaupré et St-Laurent (1998) rapportait des courbes de suicide non imbriquées les unes dans les autres chez les plus récentes générations (Morissette, 1982 :60 et Beaupré et St-Laurent, 1998 :76). Selon notre analyse, l'augmentation de la suicidité masculine de génération en génération s'observe dans 10 groupes de générations, 1923-1928 à 1968-1973. Une piste d'interprétation possible de cet effet est la présence d'un *courant suicidogène* qui suivrait tout au long de leur vie les hommes issus de ces groupes de générations³⁵.

En fait, les personnes nées au cours d'une même période vivent une succession d'événements collectifs favorables ou défavorables et il y a fort lieu de croire que leurs comportements ultérieurs seraient influencés par les opportunités et les difficultés qui ont marqué leur trajectoire. Pour les hommes issus des groupes de générations successivement plus suicidantes, 1923-1928 à 1968-1973, l'acharnement du changement social aurait été un « mauvais » sort et leur comportement suicidaire n'aurait fait que s'aggraver avec le temps. En effet, ces individus ont rencontré, à un moment dans leur vie (l'âge varie), les bouleversements du régime des valeurs sociales et la dérégulation associés à la Révolution tranquille : la plupart³⁶ ont évolué dans une société traditionnelle et ont intériorisé les valeurs de l'Église. La disparition de ce modèle implique plusieurs faits dont l'affaiblissement de la régulation familiale et la remise en question du mode de vie. De plus, il y a eu la modification du rapport de genre : ce sont d'ailleurs les femmes des générations des enfants de la guerre (1940-1945) et des baby-boomers (1946-1966) qui lancent la révolution sexuelle et le questionnement du besoin de l'homme pourvoyeur. Elles prennent conscience de leurs possibilités, enclenchant ainsi la redéfinition des rôles de genre et l'identité masculine des individus issus des groupes de générations de 1923-1928 à 1968-1973 est fragilisée. D'autres événements moulent le comportement des générations masculines plus suicidantes, notamment l'exode vers les milieux urbains et un rythme de vie qui s'accélère par la prospérité économique. Cette succession d'événements associés à la Révolution tranquille aurait

³⁴ Jusqu'à la génération 1951-1955

³⁵ Chauvel (1997) présente cette possibilité au sujet des générations plus suicidantes en France. Bien que les profils suicidaires diffèrent entre les deux pays, l'approche que l'auteur développe nous semble pertinente à explorer pour l'effet de génération au Québec.

³⁶ Sauf les individus issus des groupes de générations 1958-1963 à 1968-1973, car ils sont nés pendant ou après la Révolution tranquille. Cela dit, si peu détachés de cette période de transformation, nous considérons que ces hommes ont été affectés par les changements sociaux.

été préjudiciable, tout en ayant une influence durable sur le comportement des générations, les sensibilisant au suicide. Ainsi, la clé de l'effet de générations masculines au Québec pourrait être dans la durabilité du courant suicidogène dû aux changements sociaux trop rapides et à l'affaiblissement des institutions intégratrices telles que la religion et le travail.

Cela dit, il est pertinent d'examiner l'atténuation du détachement des courbes de mortalité par suicide qui se produit au milieu³⁷ de la génération X (1966-1979) car, dès la génération 1973-1978, on observe pour toutes les jeunes générations le chevauchement des courbes de mortalité par suicide. Ainsi, des événements favorables auraient « protégé » du suicide les individus issus des plus récentes générations X (1966-1979) et Y (1980-1994). Il faut ici prendre en considération qu'aucun auteur lu pour cette étude ne discute particulièrement de cette éventualité³⁸, il faut donc interpréter avec prudence nos commentaires.

Ainsi, il faut avoir en tête que les points d'encrages des générations X et Y sont différents des générations précédentes, les parents des baby-boomers, les enfants de la guerre et les baby-boomers. En effet, suite au changement dans les années 1960 des institutions intégratrices que sont notamment la religion et le travail, le processus clé d'intégration ne s'exécute plus de la même manière : distinctes de leurs prédécesseurs, les générations X et Y ne sont pas « soumises » par la religion aux valeurs traditionnelles de l'Église catholique. Alors quels sont les événements protecteurs des générations X et Y? S'agirait-il de la crise d'identité que traverse la génération X ou encore le fait que la génération montante Y est caractérisée pour son indépendance? Ces éléments sont en apparence des fonctions non intégratrices, pourtant il s'agit d'envisager qu'au fil du temps et des transformations sociales, le sens des événements ne demeure pas nécessairement le même³⁹. Ainsi la cohésion serait créée différemment, selon des facteurs propres à chaque génération. Il y a donc tout un processus de réflexion à engager au sujet des formes d'intégration sociale, car les données semblent révéler⁴⁰, si l'on suit l'interprétation de Durkheim, que de

³⁷ Le premier groupe issu de la génération X, 1968-1973, est inclus dans l'effet de génération.

³⁸ Possibilité de la présence d'événements favorables « protecteurs » du suicide pour les jeunes groupes de générations au Québec.

³⁹ Nous pouvons penser à la naissance d'enfant hors mariage, un événement jugé « négatif » jusqu'aux années 1970 et dont la signification est révolue au début du XXI^e siècle.

⁴⁰ Avec l'atténuation récente du détachement des courbes de mortalité par suicides pour les générations X et Y.

nouveaux facteurs d'intégration inexpliqués jusqu'à présent sont créateurs de cohésion sociale pour les jeunes générations. De là, nous considérons que les études longitudinales devraient se tourner vers l'identification de ces facteurs protecteurs associés aux plus récentes générations. En fait, il serait intéressant que les études sur le phénomène ne se concentrent pas uniquement sur la vérification des variables, à savoir si elles ont conservé ou non les mêmes valeurs, mais bien de réfléchir à ces dernières en considérant la signification qu'elles prennent selon les générations.

4.3 Limites de l'étude et pistes pour l'avenir

Notre étude comporte bien sûr un certain nombre de limites que nous nous devons d'indiquer ici afin d'ouvrir sur les pistes de recherche futures. Trois limites principales nous apparaissent importantes à souligner :

- a) Notre démarche est basée sur l'examen de deux variables, à savoir l'âge et le sexe, mais nous sommes bien conscients cependant que le phénomène est influencé par de nombreuses autres variables sociales étroitement liées.
- b) Les comparaisons entre la situation du suicide au Québec et celle des autres provinces et pays doivent être interprétées avec une certaine prudence. Bien que tous les pays rapportés dans notre étude emploient le même système de classification (CIM), le climat plus permissif du Québec avec ses valeurs libres et ouvertes pourrait entraîner un surplus de déclarations de suicides qu'ailleurs au Canada et au niveau international.
- c) Enfin, les tentatives, idées et conduites suicidaires n'entrent pas dans notre exercice, mais ces aspects non pris en compte pourraient certainement révéler des éléments supplémentaires afin de mieux comprendre la problématique du suicide et son évolution.

Pistes pour l'avenir

On a vu le rôle crucial que joue le type d'information recueillie dans l'analyse du suicide au Québec. En fait, les pistes d'interprétation offertes dans notre étude ainsi que les explications proposées dans les autres recherches sur le phénomène sont limitées par la nature et la qualité des

données disponibles. À ce chapitre, certaines améliorations seraient donc souhaitables afin de faciliter l'étude du suicide au Québec.

En premier lieu, les chercheurs qui mènent des travaux sur le phénomène devraient pouvoir accéder plus facilement à l'information statistique. Au Québec, l'accès aux données est extrêmement limité par souci de confidentialité, ceci inclut le délai de publication d'environ 3 ans (ce qui explique que la plus récente année statistique disponible pour notre étude en 2007 est 2004).

Par ailleurs, l'information recueillie sur les suicidés, du moins au Québec, n'est pas aussi complète qu'elle le fut au temps de Durkheim. En effet, l'âge et le sexe sont pour le moment les informations de base sur les suicidés. Le lieu de résidence et les moyens utilisés sont récupérés, mais ne sont pas automatiquement révélés dans les publications gouvernementales. Parallèlement aux informations démographiques, il serait évidemment intéressant de détenir des données sur le statut social des suicidés et d'y avoir facilement accès, notamment sur l'état matrimonial, le nombre d'enfants, la religion et le statut professionnel. Malheureusement, les données jusqu'à présent au Québec ne comprennent pas ce type d'information. En fait, la relation entre l'état matrimonial et le suicide est un champ de recherche difficile à examiner au Québec, les études récentes datent déjà des années 1980. Les recherches statistiques solides sur la relation entre la religion et le suicide au Québec sont plutôt rares et isolées, même si on compte un certain nombre de réflexions théoriques sur le sujet. Aussi, les données sur l'impact du statut professionnel et la période économique au Québec peuvent être qualifiées, au mieux, d'élémentaires.

Il serait également souhaitable, afin de faciliter les comparaisons internationales, qu'il y ait uniformisation des méthodes de codage des décès, l'utilisation des codes de la CIM, et restriction maximale des possibilités d'interprétation des expressions contenues dans la CIM par les coroners et médecins, car ceci produit un transfert de classification des causes de décès (comme nous l'avons vu pour la CIM-7 à la CIM-8).

De plus, les données sur le suicide devraient être organisées de manière à éviter l'envoi de fichiers incomplets qui crée de multiples ajustements et la confusion autour de l'information statistique. Ainsi, les taux déclarés d'un même pays/province devraient être harmonisés afin d'éviter les divergences selon la source (exemple du Québec entre l'I.S.Q. et Statistique Canada de 1975 à 1978).

Enfin, les gouvernements et leurs services auraient avantage à privilégier l'analyse longitudinale qui a beaucoup à apporter à la compréhension du phénomène. En effet, l'abondante couverture du suicide au Québec est principalement en analyse transversale et la dimension longitudinale est souvent mise de côté.

Conclusion générale

« Le suicide accompagne les mouvements de la société »

(Baudelot et Establet, 2006)

Notre étude a permis d'examiner les tendances de l'évolution de la mortalité par suicide au Québec du point de vue de l'âge de 1926 à 2004, de discuter des effets possibles de l'âge, de la période et de la génération ainsi que d'apporter certaines pistes d'interprétation de cette évolution. Nous avons d'abord rappelé, au chapitre 1, les importantes transformations que la société québécoise a connues depuis les années 1930. Selon le bilan synthétique exécuté, nous avons retenu qu'au lendemain de la Révolution tranquille, la situation de la mortalité par suicide au Québec se distingue principalement par la variable âge : il y a eu une augmentation des taux de suicide à tous les âges dans la province et la progression fut plus rapide pour les adolescents (hommes). Les études de Morissette (1982) et Beaupré et St-Laurent (1998) ouvrent la discussion sur la complexité de la mortalité par suicide au Québec alors qu'elles suggèrent un phénomène de générations plus suicidantes.

Un survol des théories et idées sur le suicide, de la sociologie classique aux réflexions contemporaines, a montré que la variable âge n'était pas au cœur des préoccupations théoriques. Cependant, ses effets sont constamment évoqués par l'entremise de variables telles que l'état matrimonial, la religion, la famille et les crises économiques. Ainsi, nous avons présenté dans ses grandes lignes l'ouvrage d'Émile Durkheim, Le suicide, dans lequel la société prime sur l'individu comme facteur d'explication du phénomène. Le sociologue aborde l'étude du phénomène d'une part à trouver la théorie de l'intégration et de la réglementation, puis par l'élaboration de la typologie des suicides. Suivant la réflexion du sociologue, le suicide est un mal de la modernité, car les changements de la société moderne génèrent des sentiments individualistes et d'insécurité. De façon générale pour Durkheim, le suicide croît avec l'âge quels que soient le sexe, le statut matrimonial et le département de résidence. La famille est au centre de l'explication durkheimienne, et les variables âge et sexe sont à considérer dans ce cadre. Le second auteur classique présenté fut Maurice Halbwachs, dont l'ouvrage Les causes du suicide est basé sur l'analyse des corrélations, la mise jour des résultats de Durkheim et l'élaboration du concept de genre de vie. Halbwachs découvre que le mariage protège

différemment selon l'âge et le sexe; ainsi, il protège les hommes jusqu'à 40 ans et les femmes jusqu'à 30 ans; après ces âges, les taux de suicide des gens mariés sont semblables à ceux des personnes célibataires. Cela dit, l'ouvrage du sociologue est souvent oublié de nos jours et son positionnement dans le domaine de la sociologie reste assez confus.

Par la suite, nous avons présenté certaines réflexions contemporaines selon les perspectives microsociologiques, mixtes et macrosociologiques. Nous avons vu que Baechler (1975) privilégie le niveau individuel dans l'étude du suicide. Ce dernier néglige grossièrement l'impact de l'environnement sur les individus en plus de définir l'objet de son étude de manière trop large. Parmi les études mixtes, Caron Malenfant (2001) dresse le portrait des modèles de Durkheim et Baechler : il critique la notion d'anomie de Durkheim qui, selon lui, en prend trop large et relève des erreurs majeures commises par Baechler. Nous avons également présenté l'étude de Dagenais (2007) sur le suicide contemporain au Québec, un phénomène, selon l'auteur, intimement lié à la société moderne qui affecte principalement les hommes de moins de 25 ans en région. Selon les perspectives macrosociologiques, nous avons retenu les travaux des sociologues français Baudelot et Establet qui portent leur attention sur les modèles de Durkheim et Halbwachs puis mettent à jour les conclusions établies par ces auteurs. Selon Baudelot et Establet, le modèle de Durkheim doit primer et les sociologues confirment dans leur plus récente publication que les transformations les plus spectaculaires depuis deux siècles sont celles concernant l'âge. Ainsi, les auteurs dont nous avons présenté les travaux ont mis en évidence que le suicide renseigne sur la société.

Le troisième chapitre nous a permis de présenter en détail la méthodologie de notre étude. Nous avons vu que, même si l'on ne peut éviter la dissimulation des suicides, donc sous-estimer les taux et par conséquent remettre en question la fiabilité de l'information, les statistiques sont encore à ce jour l'instrument principal d'analyse du phénomène. Le Québec ne fait pas exception à la problématique de sous-estimation, bien que sa situation, selon l'O.M.S., soit meilleure que plusieurs pays. Soulignons que nous n'avons pas été en mesure de trouver un pourcentage, même approximatif, de la sous-estimation du nombre de suicides au Québec. Cela dit, nous n'avons pas apporté de correctifs aux données utilisées dans notre étude, car ceci aurait représenté un exercice délicat et les valeurs seraient restées sensiblement les mêmes. Ainsi, les données recueillies à

partir de nos deux sources, Statistique Canada et l'I.S.Q., nous ont permis de retracer 24 groupes de générations.

Au quatrième chapitre, nous avons fait le point sur l'évolution de la mortalité par suicide au Québec selon l'âge. Rappelons parmi les faits saillants de notre étude que nous avons observé le maintien d'une évidente surmortalité masculine peu importe l'âge, la période ou la génération. Nous avons ensuite présenté l'évolution selon quatre phases du profil masculin des suicidés depuis 1926-1930. Par ailleurs, nous avons rapporté la croissance rapide du suicide à l'adolescence pour les garçons entre 1966-1970 et 1991-1995, puis la chute des taux à partir de 1996-2000. Cela dit, il n'en demeure pas moins que les adolescents ne constituent, à aucun moment de notre étude, le groupe le plus affecté par le suicide. Nous insistons sur ce point! Depuis 1976-1980, ce sont les hommes au début de l'âge adulte qui sont les plus sensibles au suicide au Québec. Notre plus importante observation concerne l'augmentation considérable de la propension au suicide pour les hommes nés de 1923-1928 à 1968-1973 (inclut les générations des parents des baby-boomers, les enfants de la guerre et les baby-boomers). Ainsi, nous considérons que le suicide au Québec est principalement le produit d'un effet de génération, bien que la période de l'adolescence (avec sa croissance rapide) et du début de l'âge adulte (groupe le plus affecté) soient sensibles à cette problématique sociale. Enfin, parmi les tendances au début du XXI^e siècle, nous avons remarqué ce qui semble être une atténuation (selon les données disponibles) de l'effet de génération chez les hommes. De plus, les taux de suicide masculins sont à la baisse et l'examen du profil selon l'âge montre que les taux progressent jusqu'à 45-49 ans pour ensuite diminuer.

Nous avons ensuite présenté des pistes d'interprétation sociologique sur deux points de discussion. D'abord, la persistance de l'écart entre les sexes (surmortalité masculine) qui renvoie à la place occupée par ces derniers au niveau social et familial. En fait, nous avons vu que les institutions synonymes d'intégration au Québec (la religion et le travail) ont subi d'importantes transformations depuis les années 1960 et par conséquent les rôles de genre ont été redéfinis : les femmes se sont retrouvées « doublement » intégrées alors que les hommes « perdaient » leur exclusivité (travail). Notre deuxième point de discussion fut l'âge et les générations chez les hommes. Nous avons concentré notre analyse sur la progression rapide du suicide chez les

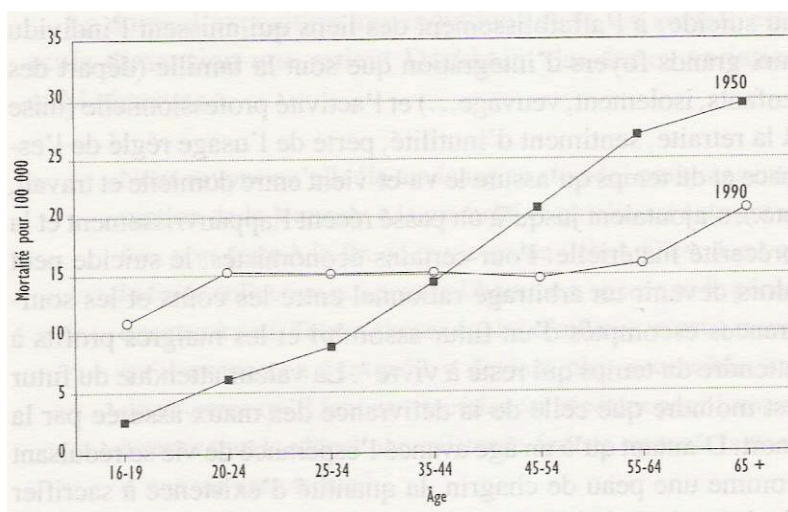
adolescents : il apparaît possible que les visions d'avenir ne soient pas claires à cet âge (15-24 ans) et que le défaut d'intégration par acquisition du statut familial, professionnel et de l'indépendance financière rend propice au suicide. Pour ce qui est des générations de 1923-1928 à 1968-1973 qui présentent à âge égal des taux de suicide plus élevés que la génération précédente, nous avons proposé comme piste d'interprétation que les hommes nés au cours d'une même période seraient influencés à long terme par la suite d'événements socio-historiques qu'ils vivent simultanément. L'effet durable des événements rencontrés par ces générations, relié à la Révolution tranquille, entraînerait la continuité d'un courant suicidogène.

Nous avons finalement pris soin de présenter les limites de notre étude et les pistes pour l'avenir. Rappelons que nous avons conscience que plusieurs variables autres que l'âge et le sexe influencent la progression du suicide au Québec et bien que nous n'ayons pas traité des tentatives, idées et conduites suicidaires, l'examen de ces faits peut sans aucun doute aider à mieux comprendre le phénomène. De plus, les valeurs plus libérales de la société québécoise pourraient entraîner un surplus de déclarations de décès par suicide qu'ailleurs au Canada. Pour ce qui est des pistes pour l'avenir, il a été question de la facilitation de l'accès à l'information statistique ainsi qu'une cueillette élargie des informations du statut social des suicidés. En fait, on ne peut pas examiner l'effet de certains facteurs au Québec dont nous ne possédons pas ou dont nous disposons partiellement des données. Enfin, la clarification des données sur le suicide au Québec pour la période de 1975-1978 est également recommandée ainsi que la promotion d'études selon la dimension longitudinale.

Ainsi, l'évolution de la mortalité par suicide au Québec du point de vue de l'âge est un fait social complexe, sensible à la transformation des institutions intégratrices que sont notamment la religion et le travail. Suite à nos observations, est-il possible que l'état actuel de la relation entre l'âge et le suicide marque les débuts de la fin des importants bouleversements connus depuis les années 1960? Plusieurs indices semblent le suggérer, notamment la baisse des taux des hommes dans tous les groupes d'âge depuis 1996-2000 ainsi que la chute des taux de suicide des plus récentes générations X et Y. Cela dit, nous ne pouvons anticiper que les taux de suicide n'augmenteront pas dans les prochaines années : il est donc fort probable que le phénomène au Québec subisse d'autres changements au rythme de la société.

Annexe A1.1

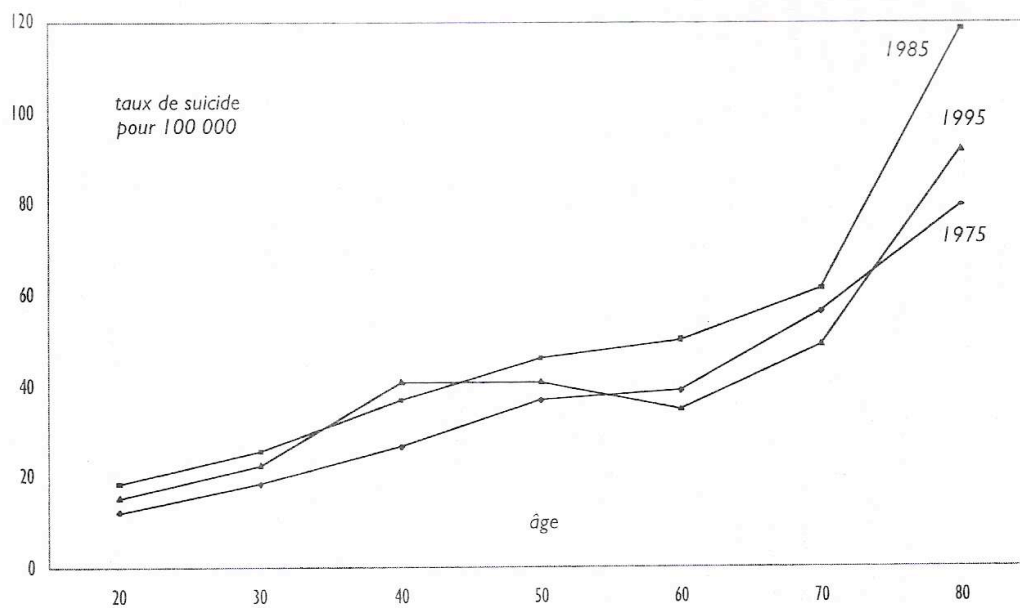
Évolution des taux de suicide selon l'âge aux États-Unis de 1950 à 1990



Source: (Baudelot et Establet, 2006 :138)

Annexe A1.2

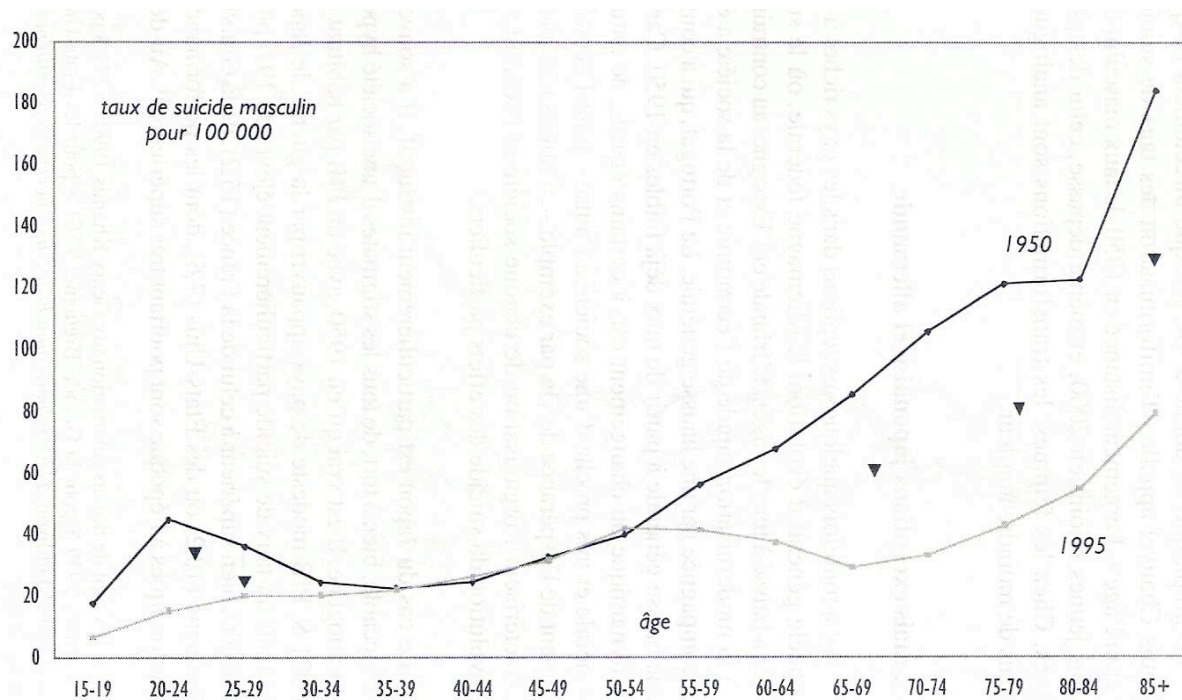
Taux de suicide selon l'âge en France en 1975-1985-1995



Source (Baudelot et Establet, 2006 :140)

Annexe A1.3

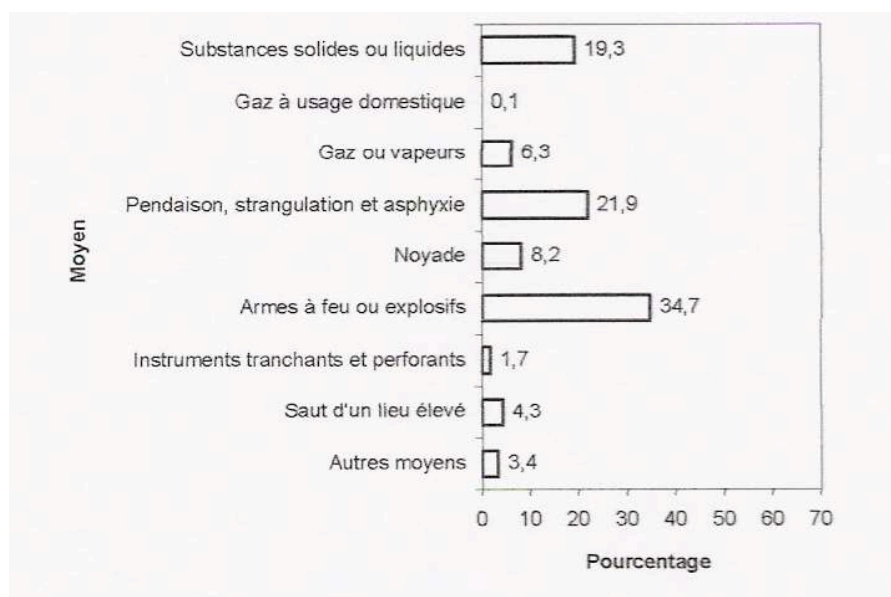
Taux de suicide masculin selon l'âge au Japon en 1950 et en 1995



Source : (Baudelot et Estabiet, 2006 :148)

Annexe A1.4

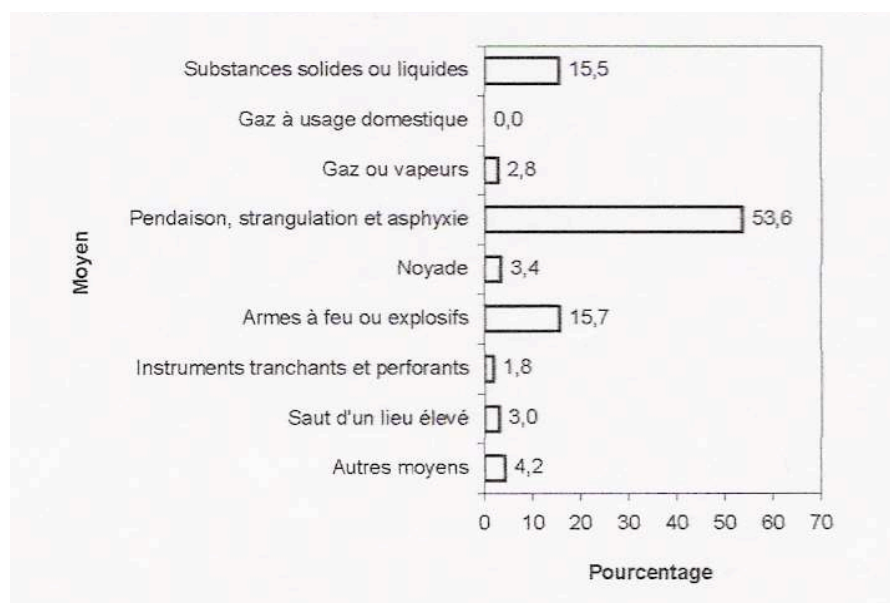
Fréquence des moyens utilisés pour se suicider, sexes réunis, Québec, 1976-1978



Source : (St-Laurent et Bouchard, 2004 :7)

Annexe A1.5

Fréquence des moyens utilisés pour se suicider, sexes réunis, Québec, 1999-2001



Source : (St-Laurent et Bouchard, 2004 :7)

Annexe A3.1

Nombre de décès par suicide chez les hommes au Québec selon l'âge, 1926-2004

Années	Total	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90+
1926	65	0	1	3	4	4	12	13	6	2	5	5	3	2	5	0	0	0
1927	65	0	0	2	5	5	3	5	8	7	5	11	6	6	0	2	0	0
1928	79	0	2	2	10	7	8	6	12	7	4	7	6	2	3	3	0	0
1929	80	0	2	7	9	8	9	5	12	6	3	6	6	5	1	1	0	0
1930	94	0	3	5	6	3	18	16	10	9	8	5	7	2	0	1	1	0
1931	99	0	1	10	8	10	12	16	7	11	8	7	3	5	1	0	0	0
1932	108	0	2	4	6	7	10	12	7	17	19	8	8	3	3	0	0	2
1933	107	1	0	9	11	10	9	16	15	12	10	4	3	3	2	2	0	0
1934	95	0	1	2	5	12	13	11	11	8	7	6	7	8	1	3	0	0
1935	111	0	3	3	13	11	12	13	8	18	14	2	4	6	3	1	0	0
1936	82	0	3	5	10	4	9	15	7	6	10	6	4	1	2	0	0	0
1937	127	1	2	10	7	12	8	13	15	16	12	12	8	7	1	3	0	0
1938	104	0	4	8	8	11	5	15	14	13	7	9	5	4	0	0	1	0
1939	119	0	5	5	7	9	14	17	16	13	8	13	8	1	2	1	0	0
1940	118	0	5	4	8	16	7	14	17	16	10	9	4	0	5	2	1	0
1941	105	0	0	4	6	14	9	12	10	17	9	7	6	4	3	2	2	0
1942	90	1	2	7	8	7	11	10	11	8	10	7	4	3	0	0	1	0
1943	84	0	1	3	7	5	7	8	11	13	11	9	5	2	0	2	0	0
1944	87	0	1	4	3	6	13	13	5	16	13	2	6	3	0	2	0	0
1945	80	1	1	6	10	9	7	10	8	8	11	3	2	2	2	0	0	0
1946	110	1	2	4	5	11	11	19	10	15	8	13	4	4	1	1	1	0
1947	102	1	4	7	6	8	12	8	15	12	10	8	4	2	2	3	0	0
1948	104	1	2	8	5	8	9	12	9	15	8	6	7	6	4	2	2	0
1949	122	0	4	6	6	10	17	11	10	15	17	10	6	2	6	1	0	1
1950	103	0	5	9	9	10	7	12	10	10	11	6	6	5	3	0	0	0
1951	120	0	1	5	9	13	12	13	16	15	12	9	6	4	1	2	1	1
1952	104	0	4	4	9	9	8	10	8	8	11	11	11	5	4	2	0	0

Sources : Statistique Canada, statistiques de l'état civil, Ottawa, n° 84-202 au catalogue 1926-1969.

Statistique Canada, statistiques de l'état civil, Ottawa, n° 84-206 au catalogue 1970-1975 (données disponibles 1950-1975 dans Groupe d'étude national sur le suicide au Canada (1994)).

I.S.Q., statistiques de l'état civil, Québec, 1976-2004 (données disponibles 1976-2001 dans St-Laurent et Bouchard (2004) et 2002-2004 dans Duchesne (2006)).

Annexe A3.1 (suite)

Nombre de décès par suicide chez les hommes au Québec selon l'âge, 1926-2004

Années	Total	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90+
1953	139	0	3	13	12	13	10	15	15	19	5	19	3	4	6	2	0	0
1954	150	1	5	7	10	12	16	11	20	17	11	14	9	9	4	4	0	0
1955	150	0	3	4	16	14	19	17	17	15	12	14	5	6	8	0	0	0
1956	181	0	4	6	19	22	21	14	20	19	16	19	8	7	2	4	0	0
1957	176	0	4	10	20	21	13	19	19	15	20	20	6	5	1	2	1	0
1958	182	1	8	12	15	10	18	21	22	20	20	14	9	3	5	3	1	0
1959	203	1	5	11	15	19	13	22	22	18	15	16	8	6	7	1	0	0
1960	199	0	4	19	31	21	20	13	22	14	16	15	8	7	7	2	0	0
1961	175	0	4	6	10	15	17	25	23	21	8	22	10	10	3	0	1	0
1962	216	1	9	15	20	16	24	22	17	31	23	17	12	3	3	3	0	0
1963	183	1	9	19	13	16	23	14	19	19	14	13	10	6	7	0	0	0
1964	251	3	7	15	22	25	27	34	19	30	26	19	8	7	2	4	3	0
1965	216	4	17	18	18	14	27	20	19	31	14	17	11	4	2	0	0	0
1966	274	0	11	36	29	16	25	35	22	28	35	10	14	7	3	2	1	0
1967	294	3	20	42	28	35	27	27	29	28	20	12	11	7	3	2	0	0
1968	321	0	20	32	28	31	35	31	35	34	23	21	16	8	5	1	1	0
1969	387	3	30	54	39	29	38	39	44	34	34	14	13	10	2	4	0	0
1970	399	5	25	47	43	32	48	32	49	32	32	23	14	6	7	4	0	0
1971	413	4	39	52	49	42	38	40	31	28	32	27	14	7	8	1	1	0
1972	449	3	43	84	55	47	31	33	32	41	26	23	13	11	3	2	2	0
1973	495	4	38	76	52	36	43	42	52	40	40	36	17	10	8	1	0	0
1974	489	2	57	79	68	32	39	41	43	38	20	22	25	14	5	2	2	0
1975	412	4	31	72	62	41	34	28	30	34	22	19	14	14	2	3	2	0
1976	556	4	55	100	82	59	42	34	45	41	28	23	15	13	10	3	2	0
1977	672	5	48	115	74	100	61	58	54	57	37	21	22	11	5	1	1	2
1978	759	4	59	160	101	104	68	49	45	46	38	33	23	13	6	9	0	1

Sources : Statistique Canada, statistiques de l'état civil, Ottawa, n° 84-202 au catalogue 1926-1969.

Statistique Canada, statistiques de l'état civil, Ottawa, n° 84-206 au catalogue 1970-1975 (données disponibles 1950-1975 dans Groupe d'étude national sur le suicide au Canada (1994)).

I.S.Q., statistiques de l'état civil, Québec, 1976-2004 (données disponibles 1976-2001 dans St-Laurent et Bouchard (2004) et 2002-2004 dans Duchesne (2006)).

Annexe A3.1 (suite)

Nombre de décès par suicide chez les hommes au Québec selon l'âge, 1926-2004

Années	Total	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90+
1979	683	4	68	112	98	76	54	55	48	41	47	31	20	15	11	2	1	0
1980	755	4	64	115	95	82	77	49	57	48	43	39	31	18	22	6	3	2
1981	795	6	63	125	107	91	64	69	49	57	56	40	26	23	13	5	1	0
1982	862	3	75	143	125	98	72	81	57	64	47	31	27	27	7	3	1	1
1983	907	9	82	131	143	111	68	63	57	52	63	50	32	21	14	10	1	0
1984	834	5	70	118	120	95	90	69	49	59	54	41	24	17	11	10	2	0
1985	871	4	55	123	127	109	80	66	58	65	57	43	22	30	15	12	4	1
1986	885	5	59	128	127	110	97	90	52	49	57	33	33	22	11	6	4	2
1987	910	7	68	105	118	127	112	74	59	57	55	38	28	39	17	4	2	0
1988	858	3	58	105	127	117	103	74	67	41	40	43	33	18	14	8	4	3
1989	818	3	69	100	109	100	97	88	58	45	53	35	26	13	15	5	1	1
1990	902	11	58	110	120	133	113	87	73	50	42	30	17	24	21	10	3	0
1991	898	9	70	92	109	133	90	94	74	55	44	45	38	21	13	8	2	1
1992	984	8	64	105	123	135	133	90	71	65	69	35	36	23	17	7	3	0
1993	1049	9	77	112	108	143	130	107	117	67	50	42	28	32	16	7	0	4
1994	1027	16	86	118	106	122	128	103	83	75	49	44	28	23	21	18	5	2
1995	1144	5	89	104	102	166	151	123	117	94	62	45	32	25	18	2	8	1
1996	1136	8	86	110	115	130	165	137	95	80	52	45	43	36	18	14	2	0
1997	1095	13	80	96	81	121	128	145	134	86	60	43	35	34	19	11	8	1
1998	1058	11	71	104	100	115	131	119	115	89	63	48	24	30	25	8	3	2
1999	1276	6	85	118	115	130	168	172	147	97	64	43	45	38	27	11	6	4
2000	1047	8	68	94	78	96	132	157	115	89	58	46	34	27	28	11	5	1
2001	1055	4	56	92	86	92	130	132	142	107	77	47	24	33	23	7	3	0
2002	1036	4	50	85	90	102	117	125	151	109	67	45	31	33	20	13	6	4
2003	980	4	48	85	64	76	126	119	118	108	84	47	28	29	27	13	2	2
2004	875	5	39	71	78	90	109	113	98	66	38	20	21	29	12	6	0	0

Sources : Statistique Canada, statistiques de l'état civil, Ottawa, n° 84-202 au catalogue 1926-1969.

Statistique Canada, statistiques de l'état civil, Ottawa, n° 84-206 au catalogue 1970-1975 (données disponibles 1950-1975 dans Groupe d'étude national sur le suicide au Canada (1994)).

I.S.Q., statistiques de l'état civil, Québec, 1976-2004 (données disponibles 1976-2001 dans St-Laurent et Bouchard (2004) et 2002-2004 dans Duchesne (2006)).

Annexe A3.2

Nombre de décès par suicide chez les femmes au Québec selon l'âge, 1926-2004

Années	Total	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90+
1926	19	0	0	2	4	3	3	0	1	2	2	1	1	0	0	0	0	0
1927	20	0	1	4	2	2	3	0	3	1	3	1	0	0	0	0	0	0
1928	18	0	0	1	1	6	2	1	2	1	2	0	1	0	1	0	0	0
1929	30	0	1	1	6	3	5	3	3	3	3	0	0	0	1	1	0	0
1930	20	0	0	0	2	2	2	2	3	3	4	1	0	1	0	0	0	0
1931	24	0	2	3	2	4	4	3	1	1	2	0	1	0	0	1	0	0
1932	25	0	0	0	2	4	5	1	4	5	1	1	1	1	0	0	0	0
1933	37	0	1	3	7	3	4	1	5	3	4	1	5	0	0	0	0	0
1934	26	0	0	0	4	7	6	1	4	2	0	1	0	0	1	0	0	0
1935	29	0	1	4	2	1	6	5	2	3	0	3	1	0	1	0	0	0
1936	32	0	1	0	3	6	2	4	5	1	3	4	1	2	0	0	0	0
1937	28	0	1	3	3	4	6	1	2	1	3	3	0	0	0	0	1	0
1938	31	0	1	3	4	5	7	2	2	3	0	2	0	0	0	1	1	0
1939	35	0	3	1	6	7	2	3	3	5	1	3	1	0	0	0	0	0
1940	38	0	1	1	7	2	4	2	6	3	3	2	1	3	1	0	1	1
1941	34	0	0	1	3	1	6	5	6	2	2	2	5	0	0	0	1	0
1942	22	0	1	0	2	5	3	1	5	1	1	3	0	0	0	0	0	0
1943	25	0	0	3	4	2	3	2	1	6	2	1	1	0	0	0	0	0
1944	25	0	0	0	0	3	6	5	3	3	2	1	1	0	0	1	0	0
1945	27	0	1	2	2	6	2	5	2	3	1	1	0	2	0	0	0	0
1946	43	0	0	5	8	6	3	5	6	4	3	1	1	1	0	0	0	0
1947	33	0	0	4	5	2	2	5	5	2	3	1	4	0	0	0	0	0
1948	27	0	1	1	1	3	3	6	1	3	1	3	1	2	0	1	0	0
1949	28	0	0	3	0	2	1	5	4	4	4	0	3	0	1	1	0	0
1950	42	0	2	3	7	5	2	6	3	6	3	3	0	2	0	0	0	0
1951	57	0	1	3	6	6	5	4	11	7	4	4	2	2	1	0	1	0
1952	35	0	0	3	3	4	5	5	7	0	2	4	1	0	1	0	0	0

Sources : Statistique Canada, statistiques de l'état civil, Ottawa, n° 84-202 au catalogue 1926-1969.

Statistique Canada, statistiques de l'état civil, Ottawa, n° 84-206 au catalogue 1970-1975 (données disponibles 1950-1975 dans Groupe d'étude national sur le suicide au Canada (1994)).

I.S.Q., statistiques de l'état civil, Québec, 1976-2004 (données disponibles 1976-2001 dans St-Laurent et Bouchard (2004) et 2002-2004 dans Duchesne (2006)).

Annexe A3.2 (suite)

Nombre de décès par suicide chez les femmes au Québec selon l'âge, 1926-2004

Années	Total	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90+
1953	48	1	0	2	5	2	4	7	8	6	2	7	2	0	2	0	0	0
1954	58	0	0	8	5	5	5	13	7	5	3	7	0	0	0	0	0	0
1955	49	0	1	3	3	6	10	6	2	6	6	4	0	2	0	0	0	0
1956	62	0	1	3	9	9	7	5	7	9	6	1	3	1	0	1	0	0
1957	81	0	0	3	8	11	11	9	19	7	6	2	4	1	0	0	0	0
1958	57	0	1	3	4	8	12	2	3	7	5	9	1	1	1	0	0	0
1959	54	0	1	2	2	4	2	3	5	3	2	2	2	0	1	1	0	0
1960	57	1	2	4	6	6	4	9	8	8	3	3	0	2	0	1	0	0
1961	66	0	2	4	3	7	4	11	12	7	4	6	3	2	0	1	0	0
1962	53	0	5	4	3	7	9	6	5	5	4	3	0	1	1	0	0	0
1963	79	0	2	5	10	9	9	9	12	11	5	2	2	1	1	1	0	0
1964	73	0	1	10	7	7	13	9	6	7	5	4	2	1	1	0	0	0
1965	107	1	5	7	13	16	18	11	8	9	11	3	2	2	1	0	0	0
1966	91	0	2	9	12	7	13	3	10	13	13	5	3	1	0	0	0	0
1967	102	0	3	7	11	16	11	17	10	11	9	4	1	1	0	1	0	0
1968	112	0	1	12	10	10	11	14	8	18	11	6	6	2	2	1	0	0
1969	153	0	5	13	15	19	19	15	17	18	16	7	6	2	0	1	0	0
1970	140	0	8	22	19	14	14	14	15	16	14	4	7	1	0	0	0	0
1971	141	2	7	10	12	16	15	21	17	10	8	7	7	7	1	1	0	0
1972	153	1	12	14	28	12	17	14	15	11	7	10	8	2	0	2	0	0
1973	198	0	15	14	26	23	17	16	27	19	16	9	9	3	2	2	0	0
1974	153	0	8	10	22	14	16	17	18	17	8	11	9	4	1	1	0	0
1975	166	2	8	26	18	16	18	19	18	9	15	4	3	6	1	3	0	0
1976	220	0	6	19	31	34	16	26	23	27	16	9	9	3	1	0	0	0
1977	242	1	14	30	39	23	24	15	20	33	21	14	4	4	0	0	0	0
1978	246	1	14	21	37	28	26	23	15	20	24	17	8	9	0	2	1	0

Sources : Statistique Canada, statistiques de l'état civil, Ottawa, n° 84-202 au catalogue 1926-1969.

Statistique Canada, statistiques de l'état civil, Ottawa, n° 84-206 au catalogue 1970-1975 (données disponibles 1950-1975 dans Groupe d'étude national sur le suicide au Canada (1994)).

I.S.Q., statistiques de l'état civil, Québec, 1976-2004 (données disponibles 1976-2001 dans St-Laurent et Bouchard (2004) et 2002-2004 dans Duchesne (2006)).

Annexe A3.2 (suite)

Nombre de décès par suicide chez les femmes au Québec selon l'âge, 1926-2004

Années	Total	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90+
1979	251	1	15	30	33	31	29	19	20	26	21	7	10	6	2	1	0	0
1980	233	0	10	22	34	26	22	13	32	26	18	10	10	15	4	1	0	0
1981	252	2	8	22	29	27	22	26	20	27	24	20	6	12	3	3	0	1
1982	284	0	8	23	37	28	47	32	22	31	24	12	9	7	3	0	1	0
1983	280	0	12	20	29	38	31	40	21	18	21	18	11	14	4	2	1	0
1984	247	1	7	15	24	31	21	34	27	24	23	17	13	3	2	4	1	0
1985	241	2	10	17	28	26	31	21	26	18	18	17	16	5	4	0	0	2
1986	262	0	14	17	28	33	37	30	26	28	13	15	7	9	2	3	0	0
1987	255	0	14	19	26	41	30	32	27	19	12	15	11	1	4	3	1	0
1988	235	0	6	15	27	33	37	32	25	13	16	9	6	3	11	2	0	0
1989	220	0	7	15	21	29	33	30	27	16	14	11	9	3	4	1	0	0
1990	202	1	8	9	16	35	28	25	22	15	15	4	9	10	2	3	0	0
1991	207	4	7	9	24	29	28	31	24	13	10	13	5	6	2	1	1	0
1992	272	4	17	18	27	31	24	38	32	26	13	17	7	11	2	3	1	1
1993	264	6	11	15	15	28	40	41	28	29	14	10	11	7	4	4	1	0
1994	264	6	17	19	16	29	36	39	31	19	20	9	5	6	6	4	0	0
1995	298	10	17	15	19	30	36	48	40	30	21	14	9	6	2	0	0	1
1996	327	4	17	17	20	26	51	55	51	27	27	8	7	8	6	3	1	0
1997	287	4	22	19	23	20	33	31	44	29	14	16	7	12	5	5	3	0
1998	312	8	31	21	22	28	39	38	31	30	18	11	13	12	7	2	1	0
1999	334	2	19	12	16	29	41	67	47	26	20	17	20	5	5	4	3	1
2000	264	2	12	26	11	13	39	42	40	21	21	11	13	7	6	0	0	0
2001	279	4	19	18	14	15	38	34	48	32	18	12	12	6	6	1	1	1
2002	285	4	21	17	19	27	36	36	35	37	29	9	7	7	0	3	2	1
2003	279	3	22	20	15	16	29	32	47	48	11	9	11	6	5	2	2	1
2004	302	1	16	10	17	19	36	45	45	28	18	14	6	4	4	2	1	0

Sources : Statistique Canada, statistiques de l'état civil, Ottawa, n° 84-202 au catalogue 1926-1969.

Statistique Canada, statistiques de l'état civil, Ottawa, n° 84-206 au catalogue 1970-1975 (données disponibles 1950-1975 dans Groupe d'étude national sur le suicide au Canada (1994)).

I.S.Q., statistiques de l'état civil, Québec, 1976-2004 (données disponibles 1976-2001 dans St-Laurent et Bouchard (2004) et 2002-2004 dans Duchesne (2006)).

Annexe A3.3

Taux de mortalité (pour 100 000) par suicide chez les hommes au Québec selon l'âge, 1926-2004

Années	Total	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90+
1926	5,1	0,0	0,8	2,8	4,5	4,7	15,6	18,5	9,6	3,9	13,2	15,0	11,9	11,4	47,6	0,0	0,0	0,0
1927	4,9	0,0	0,0	1,8	5,4	5,7	3,8	7,0	12,5	13,3	12,7	32,3	23,3	33,5	0,0	37,0	0,0	0,0
1928	5,9	0,0	1,5	1,7	10,3	7,7	9,7	8,2	18,4	13,0	9,8	20,2	22,9	10,9	27,0	53,6	0,0	0,0
1929	5,8	0,0	1,4	5,7	8,8	8,5	10,6	6,7	18,2	10,9	7,1	17,2	22,6	26,5	8,8	17,5	0,0	0,0
1930	6,6	0,0	2,1	3,9	5,6	3,1	20,6	20,8	14,9	15,9	18,2	14,3	25,9	10,3	0,0	16,9	50,0	0,0
1931	6,8	0,0	0,7	7,6	7,1	10,2	13,5	20,3	10,2	19,0	17,7	19,8	10,9	24,8	8,3	0,0	0,0	0,0
1932	7,3	0,0	1,3	2,9	5,1	6,8	11,1	14,8	9,9	28,4	39,6	21,5	29,9	15,2	24,6	0,0	0,0	333,3
1933	7,1	0,2	0,0	6,5	9,1	9,6	9,8	19,4	20,9	19,6	20,3	10,6	10,8	14,7	15,7	31,7	0,0	0,0
1934	6,3	0,0	0,7	1,4	4,1	11,4	14,0	13,2	15,0	12,8	13,8	15,7	24,2	38,1	7,5	47,6	0,0	0,0
1935	7,2	0,0	2,0	2,2	10,6	10,5	12,6	15,6	10,8	28,3	27,6	5,3	12,9	26,8	21,7	15,9	0,0	0,0
1936	5,3	0,0	1,9	3,7	8,2	3,8	9,2	17,8	9,2	9,2	19,6	16,0	12,2	4,2	14,1	0,0	0,0	0,0
1937	8,1	0,2	1,2	7,2	5,6	11,1	8,0	15,3	19,4	24,1	22,8	30,4	23,8	29,4	6,9	45,5	0,0	0,0
1938	6,5	0,0	2,4	5,8	6,2	9,9	4,9	17,3	17,7	19,2	12,9	21,8	14,7	16,7	0,0	0,0	31,3	0,0
1939	7,3	0,0	2,9	3,5	5,2	7,7	13,4	19,2	19,8	18,8	14,2	29,8	23,3	4,2	13,9	13,9	0,0	0,0
1940	7,2	0,0	2,9	2,8	5,8	13,4	6,5	15,6	20,6	22,7	17,3	19,8	11,4	0,0	34,5	27,0	33,3	0,0
1941	6,3	0,0	0,0	2,7	4,3	11,4	8,2	13,1	11,9	23,6	15,2	14,9	16,6	16,3	20,4	26,7	66,7	0,0
1942	5,3	0,2	1,1	4,5	5,7	5,6	9,8	10,6	13,0	10,9	16,4	14,5	10,8	11,9	0,0	0,0	33,3	0,0
1943	4,8	0,0	0,6	1,9	4,9	3,9	6,1	8,2	12,9	17,2	17,6	18,2	13,2	7,7	0,0	26,0	0,0	0,0
1944	4,9	0,0	0,6	2,5	2,1	4,6	11,2	12,9	5,8	20,8	20,4	4,0	15,6	11,2	0,0	26,0	0,0	0,0
1945	4,5	0,2	0,6	3,6	7,1	6,8	6,0	9,6	9,2	10,3	16,9	5,8	5,1	7,2	12,3	0,0	0,0	0,0
1946	6,0	0,2	1,1	2,4	3,4	8,2	9,2	17,9	11,2	19,0	12,0	24,5	10,0	14,2	6,0	12,0	32,3	0,0
1947	5,5	0,2	2,3	4,1	4,0	5,8	9,9	7,4	16,4	14,9	14,7	14,7	9,7	6,9	11,4	34,1	0,0	0,0
1948	5,5	0,2	1,1	4,7	3,2	5,7	7,2	10,8	9,6	18,3	11,6	10,8	16,7	20,4	22,2	22,5	58,8	0,0
1949	6,3	0,0	2,3	3,6	3,8	7,1	13,2	9,7	10,3	17,9	24,1	17,6	13,8	6,6	31,9	11,0	0,0	100,0
1950	5,2	0,0	2,9	5,4	5,6	7,0	5,3	10,3	10,1	11,7	15,5	10,4	13,2	15,9	15,5	0,0	0,0	0,0
1951	5,9	0,0	0,6	3,0	5,6	9,1	8,7	10,8	15,6	17,4	17,0	15,4	12,8	12,2	5,1	21,1	27,8	100,0
1952	5,0	0,0	2,3	2,4	5,4	6,0	5,6	8,0	7,5	9,0	15,1	18,5	22,9	14,7	19,5	20,2	0,0	0,0

Annexe A3.3 (suite)

Taux de mortalité (pour 100 000) par suicide chez les hommes au Québec selon l'âge, 1926-2004

Années	Total	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90+
1953	6,5	0,0	1,7	7,7	7,0	8,5	6,9	11,7	13,7	20,7	6,7	31,4	6,1	11,4	28,3	19,4	0,0	0,0
1954	6,8	0,1	2,8	4,1	5,8	7,6	10,9	8,3	17,7	18,0	14,3	22,7	18,0	24,9	18,3	37,4	0,0	0,0
1955	6,6	0,0	1,7	2,3	9,1	8,5	12,7	12,5	14,4	15,5	15,2	22,3	9,9	16,3	35,9	0,0	0,0	0,0
1956	7,8	0,0	2,2	3,5	10,8	12,8	13,8	10,0	16,4	19,1	19,8	29,8	15,6	18,8	8,8	35,4	0,0	0,0
1957	7,4	0,0	2,0	5,7	11,2	11,9	8,3	13,4	15,1	14,6	24,1	30,5	11,5	13,2	4,3	17,2	23,3	0,0
1958	7,4	0,1	3,9	6,8	8,3	5,6	11,0	14,5	17,1	18,8	23,5	21,0	17,1	7,7	20,7	25,2	22,7	0,0
1959	8,1	0,1	2,3	6,2	8,3	10,4	7,8	14,9	16,7	16,3	17,0	23,2	14,9	14,9	28,1	8,1	0,0	0,0
1960	7,7	0,0	1,8	10,6	17,1	11,4	11,6	8,7	16,3	12,2	17,6	21,1	14,5	17,2	27,5	15,6	0,0	0,0
1961	6,6	0,0	1,7	3,3	5,5	8,1	9,6	16,4	16,7	17,7	8,5	30,0	17,6	24,1	11,4	0,0	18,9	0,0
1962	8,0	0,1	3,6	7,9	11,1	8,6	13,3	14,1	12,1	25,6	23,7	22,6	20,7	7,1	11,2	21,4	0,0	0,0
1963	6,7	0,1	3,5	9,5	7,2	8,6	12,6	8,7	13,4	15,3	14,0	16,8	16,9	14,0	25,5	0,0	0,0	0,0
1964	9,0	0,3	2,6	7,1	12,2	13,5	14,7	20,5	13,3	23,6	25,2	23,9	13,3	15,9	7,1	27,0	52,0	0,0
1965	7,6	0,4	6,2	8,1	9,8	7,5	14,6	11,7	13,1	23,8	13,2	20,8	17,9	8,9	7,0	0,0	0,0	0,0
1966	9,5	0,0	3,9	15,4	15,4	8,6	13,4	19,9	14,9	21,1	32,0	11,8	22,3	15,2	10,4	13,0	16,5	0,0
1967	10,0	0,3	6,8	17,0	14,2	18,8	14,4	15,1	19,2	20,8	17,7	13,8	17,1	14,9	10,1	12,8	0,0	0,0
1968	10,9	0,0	6,7	12,4	13,5	16,7	18,7	17,1	22,4	25,1	19,8	23,4	24,3	16,9	16,5	6,3	15,8	0,0
1969	13,0	0,3	9,8	20,3	17,8	15,5	20,4	21,6	27,3	24,9	28,6	15,1	19,1	20,8	6,4	24,7	0,0	0,0
1970	13,3	0,5	8,1	17,4	18,6	17,1	26,1	17,9	29,6	23,3	26,3	24,0	20,0	12,3	22,2	24,1	0,0	0,0
1971	13,5	0,4	12,1	18,2	19,6	21,3	20,5	22,0	18,3	20,0	25,7	26,9	18,8	14,0	25,3	5,8	13,8	0,0
1972	14,6	0,3	13,0	29,0	21,2	22,7	17,0	17,9	18,9	28,2	20,8	22,3	16,8	21,4	9,3	11,5	27,2	0,0
1973	16,0	0,5	11,3	25,8	19,4	16,6	23,7	22,8	30,3	26,7	31,8	34,0	21,5	18,8	24,4	5,8	0,0	0,0
1974	15,7	0,2	16,7	25,9	24,5	14,0	21,2	22,3	24,9	24,6	16,0	20,2	30,9	25,5	14,9	11,5	25,8	0,0
1975	13,1	0,5	9,1	22,8	21,6	17,2	18,1	15,4	17,2	21,5	17,3	17,1	16,8	24,7	5,9	16,8	26,1	0,0
1976	17,5	0,5	15,9	31,0	27,9	23,6	21,6	18,8	25,6	25,5	21,4	20,5	17,4	22,2	28,4	16,4	25,8	0,0
1977	21,0	0,6	14,0	35,2	25,0	38,3	30,1	32,6	30,4	35,3	27,3	18,7	24,9	18,2	13,9	5,3	12,8	62,3
1978	23,7	0,5	17,4	48,5	34,1	39,1	32,1	27,9	25,4	28,2	27,3	29,3	25,5	21,0	16,1	46,5	0,0	29,8

Annexe A3.3 (suite)

Taux de mortalité (pour 100 000) par suicide chez les hommes au Québec selon l'âge, 1926-2004

Années	Total	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90+
1979	21,3	0,5	20,2	33,7	32,8	27,9	24,5	30,9	27,3	25,0	32,8	27,6	21,6	23,7	28,7	10,0	12,3	0,0
1980	23,4	0,5	19,3	34,3	31,4	29,6	33,6	26,9	32,9	29,0	29,3	34,1	33,0	27,5	55,4	29,6	35,2	59,0
1981	24,6	0,8	19,6	36,8	35,1	32,5	26,9	36,7	28,6	34,2	37,5	34,1	27,2	34,1	31,6	24,0	11,1	0,0
1982	26,5	0,4	24,3	42,5	40,0	34,8	29,0	41,5	33,8	38,0	31,3	25,4	28,0	39,1	16,4	13,8	10,7	28,5
1983	27,8	1,3	28,2	39,1	44,9	39,1	26,5	30,9	34,0	30,9	41,3	39,8	33,1	29,6	31,8	44,5	10,4	0,0
1984	25,5	0,7	25,6	35,4	37,1	32,9	34,2	32,5	28,9	35,3	35,1	31,5	24,7	23,2	24,3	42,8	20,2	0,0
1985	26,5	0,6	21,3	37,3	38,9	36,9	29,7	29,7	33,6	39,4	36,6	32,3	22,2	40,1	31,9	49,3	40,1	25,5
1986	26,7	0,7	23,7	39,9	38,3	36,5	35,4	38,6	29,2	30,0	36,3	24,3	32,4	28,9	22,7	23,8	39,2	49,8
1987	27,2	1,0	28,1	34,0	35,2	40,6	40,2	30,2	31,4	35,2	34,4	27,5	26,2	50,4	33,9	15,1	18,6	0,0
1988	25,4	0,4	24,4	36,0	38,0	36,5	36,4	29,2	33,7	25,3	24,8	30,4	29,7	22,9	26,9	29,1	35,5	69,2
1989	24,0	0,4	29,2	36,1	32,5	30,4	33,3	33,5	27,7	27,0	32,9	24,3	22,4	16,3	27,7	17,5	8,5	21,8
1990	26,1	1,5	24,4	41,5	36,2	40,0	37,8	32,2	33,1	29,2	26,1	20,5	14,1	29,2	37,5	33,5	24,3	0,0
1991	25,8	1,3	29,4	35,9	34,3	39,7	29,6	34,0	32,1	30,9	27,3	30,2	30,7	24,5	22,6	25,5	15,5	19,4
1992	28,1	1,1	26,5	42,1	40,1	40,4	42,6	32,3	29,4	34,9	43,6	23,1	28,8	25,6	29,2	21,6	22,5	0,0
1993	29,7	1,2	31,3	45,7	36,9	42,8	40,5	37,9	46,8	34,3	31,6	27,6	22,0	34,4	27,1	20,9	0,0	72,8
1994	28,9	2,2	34,2	48,8	38,1	36,6	39,2	35,7	32,2	36,8	30,4	29,0	21,8	23,9	35,3	51,9	34,8	35,8
1995	32,0	0,7	35,0	43,1	38,4	50,3	45,7	41,6	44,2	44,1	37,6	29,8	24,5	25,1	29,5	5,6	53,7	17,6
1996	31,8	1,1	33,6	45,8	45,3	41,0	49,8	45,6	35,4	36,1	30,6	30,1	32,6	35,5	28,5	38,7	12,9	0,0
1997	30,6	1,9	31,3	39,4	32,7	39,6	38,7	47,2	49,4	37,0	33,8	29,1	25,9	32,9	28,4	29,9	50,1	17,1
1998	29,4	1,6	28,0	41,9	41,3	39,7	39,8	37,8	41,8	36,9	33,7	32,4	17,6	28,2	35,8	21,4	18,0	32,7
1999	35,4	0,9	33,9	46,4	47,9	47,2	51,2	53,9	52,4	38,9	32,7	28,4	32,9	35,0	36,9	28,8	34,5	63,3
2000	28,9	1,2	27,7	36,1	32,5	36,4	40,6	48,7	40,1	34,7	28,3	29,6	24,9	24,3	36,6	27,3	27,6	15,0
2001	28,9	0,6	23,3	34,7	35,4	35,8	41,0	40,3	48,5	40,8	35,9	29,2	17,5	29,1	28,9	16,5	15,9	0,0
2002	28,2	0,6	21,1	32,0	36,0	40,3	38,2	38,1	50,2	41,1	29,7	26,6	22,9	28,2	24,4	28,5	30,8	54,7
2003	26,5	0,6	20,5	32,1	24,8	30,1	42,9	36,2	38,1	40,1	35,9	26,4	20,5	24,4	31,8	26,9	9,8	25,5
2004	23,5	0,8	16,7	27,1	29,4	35,6	38,6	34,4	31,1	24,0	15,7	10,7	15,0	24,2	13,7	11,7	0,0	0,0

Annexe A3.4

Taux de mortalité (pour 100 000) par suicide chez les femmes au Québec selon l'âge, 1926-2004

Années	Total	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90+
1926	1,4	0,0	0,0	1,7	3,8	3,3	4,1	0,0	1,7	4,2	5,0	3,1	4,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1927	1,5	0,0	0,7	3,2	1,8	2,2	3,9	0,0	5,0	2,1	7,4	3,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1928	1,3	0,0	0,0	0,8	0,9	6,4	2,5	1,4	3,3	2,0	4,9	0,0	3,9	0,0	8,7	0,0	0,0	0,0
1929	2,2	0,0	0,7	0,8	5,4	3,2	6,2	4,1	4,9	5,9	7,2	0,0	0,0	0,0	8,5	16,9	0,0	0,0
1930	1,4	0,0	0,0	0,0	1,8	2,1	2,4	2,7	4,8	5,8	9,6	2,9	0,0	5,2	0,0	0,0	0,0	0,0
1931	1,7	0,0	1,3	2,2	1,8	4,2	4,7	4,1	1,6	1,9	4,8	0,0	3,7	0,0	0,0	15,2	0,0	0,0
1932	1,7	0,0	0,0	0,0	1,7	3,9	5,8	1,3	6,1	9,2	2,3	2,8	3,8	5,1	0,0	0,0	0,0	0,0
1933	2,5	0,0	0,7	2,1	5,7	2,9	4,5	1,3	7,5	5,4	8,8	2,8	18,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1934	1,7	0,0	0,0	0,0	3,2	6,8	6,7	1,3	5,9	3,5	0,0	2,8	0,0	0,0	7,5	0,0	0,0	0,0
1935	1,9	0,0	0,6	2,7	1,6	1,0	6,6	6,1	2,9	5,1	0,0	8,3	3,3	0,0	6,9	0,0	0,0	0,0
1936	2,1	0,0	0,6	0,0	2,4	6,1	2,2	4,7	7,3	1,7	6,4	11,0	3,0	8,2	0,0	0,0	0,0	0,0
1937	1,8	0,0	0,6	1,9	2,3	3,9	6,3	1,2	2,8	1,6	6,2	7,9	0,0	0,0	0,0	0,0	25,0	0,0
1938	2,0	0,0	0,6	2,0	3,0	4,6	7,2	2,3	2,7	4,8	0,0	5,1	0,0	0,0	0,0	11,4	25,0	0,0
1939	2,2	0,0	1,8	0,7	4,4	6,1	2,0	3,4	4,0	7,7	1,9	7,3	3,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1940	2,3	0,0	0,6	0,7	5,0	1,7	3,9	2,2	7,8	4,5	5,6	4,7	2,9	12,1	6,3	0,0	26,3	83,3
1941	2,0	0,0	0,0	0,6	2,1	0,8	5,6	5,5	7,7	2,9	3,6	4,5	14,3	0,0	0,0	0,0	27,8	0,0
1942	1,3	0,0	0,6	0,0	1,4	3,9	2,7	1,1	6,2	1,4	1,8	6,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1943	1,5	0,0	0,0	1,8	2,7	1,5	2,7	2,1	1,2	8,4	3,4	2,1	2,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1944	1,4	0,0	0,0	0,0	0,0	2,3	5,2	5,1	3,6	4,1	3,3	2,1	2,7	0,0	0,0	11,0	0,0	0,0
1945	1,5	0,0	0,6	1,2	1,3	4,4	1,7	4,9	2,3	4,1	1,6	2,0	0,0	7,2	0,0	0,0	0,0	0,0
1946	2,4	0,0	0,0	2,9	5,2	4,3	2,5	4,8	6,8	5,3	4,7	2,0	2,6	3,5	0,0	0,0	0,0	0,0
1947	1,8	0,0	0,0	2,3	3,2	1,4	1,6	4,7	5,5	2,6	4,6	1,9	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1948	1,4	0,0	0,6	0,6	0,6	2,1	2,4	5,5	1,1	3,8	1,5	5,6	2,4	6,7	0,0	9,8	0,0	0,0
1949	1,4	0,0	0,0	1,7	0,0	1,4	0,8	4,4	4,2	4,9	6,0	0,0	7,0	0,0	5,1	9,4	0,0	0,0
1950	2,1	0,0	1,2	1,7	4,3	3,3	1,5	5,1	3,0	7,1	4,4	5,3	0,0	6,2	0,0	0,0	0,0	0,0
1951	2,8	0,0	0,6	1,7	3,5	3,9	3,6	3,3	10,9	8,1	5,8	6,9	4,3	5,9	4,8	0,0	21,3	0,0
1952	1,7	0,0	0,0	1,7	1,7	2,5	3,5	4,0	6,7	0,0	2,8	6,7	2,1	0,0	4,6	0,0	0,0	0,0

Annexe A3.4 (suite)

Taux de mortalité (pour 100 000) par suicide chez les femmes au Québec selon l'âge, 1926-2004

Années	Total	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90+
1953	2,2	0,1	0,0	1,1	2,8	1,2	2,7	5,4	7,4	6,6	2,7	11,6	4,1	0,0	8,9	0,0	0,0	0,0
1954	2,6	0,0	0,0	4,5	2,8	3,0	3,3	9,8	6,3	5,4	3,9	11,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1955	2,2	0,0	0,6	1,7	1,7	3,5	6,5	4,4	1,7	6,3	7,6	6,3	0,0	5,2	0,0	0,0	0,0	0,0
1956	2,7	0,0	0,5	1,7	4,9	5,1	4,5	3,6	5,9	9,3	7,5	1,6	5,7	2,5	0,0	7,7	0,0	0,0
1957	3,4	0,0	0,0	1,7	4,4	6,1	6,8	6,3	15,6	6,9	7,3	3,0	7,5	2,5	0,0	0,0	0,0	0,0
1958	2,3	0,0	0,5	1,7	2,2	4,3	7,2	1,4	2,4	6,7	5,9	13,3	1,8	2,4	3,8	0,0	0,0	0,0
1959	2,2	0,0	0,5	1,1	1,1	2,1	1,2	2,0	3,9	2,7	2,3	2,8	3,5	0,0	3,7	6,8	0,0	0,0
1960	2,2	0,1	0,9	2,2	3,3	3,2	2,3	5,9	6,0	7,0	3,3	4,1	0,0	4,4	0,0	6,5	0,0	0,0
1961	2,5	0,0	0,9	2,1	1,7	3,7	2,2	7,1	8,7	5,9	4,2	7,8	5,0	4,3	0,0	6,2	0,0	0,0
1962	2,0	0,0	2,1	2,0	1,6	3,7	4,9	3,8	3,6	4,1	4,0	3,8	0,0	2,1	3,2	0,0	0,0	0,0
1963	2,9	0,0	0,8	2,4	5,5	4,8	4,8	5,5	8,4	8,9	4,9	2,4	3,1	2,1	3,1	5,7	0,0	0,0
1964	2,6	0,0	0,4	4,6	3,8	3,8	6,9	5,3	4,1	5,5	4,8	4,7	3,0	2,0	3,0	0,0	0,0	0,0
1965	3,8	0,1	1,8	3,1	7,0	8,6	9,5	6,3	5,4	6,9	10,2	3,4	2,9	3,9	2,9	0,0	0,0	0,0
1966	3,1	0,0	0,7	3,8	6,3	3,8	6,9	1,7	6,6	9,6	11,7	5,5	4,2	1,9	0,0	0,0	0,0	0,0
1967	3,5	0,0	1,0	2,8	5,5	8,6	5,8	9,3	6,4	8,0	7,8	4,2	1,4	1,8	0,0	4,8	0,0	0,0
1968	3,8	0,0	0,3	4,6	4,8	5,4	5,9	7,6	5,0	12,9	9,2	6,2	7,8	3,5	5,1	4,6	0,0	0,0
1969	5,1	0,0	1,7	4,9	6,8	10,3	10,3	8,2	10,2	12,7	12,9	6,9	7,5	3,4	0,0	4,3	0,0	0,0
1970	4,6	0,0	2,7	8,1	8,3	7,5	7,7	7,7	8,8	11,2	11,0	3,8	8,4	1,6	0,0	0,0	0,0	0,0
1971	4,6	0,2	2,2	3,5	4,9	8,3	8,2	11,5	9,8	6,8	6,1	6,4	8,0	10,9	2,3	4,0	0,0	0,0
1972	4,9	0,1	3,8	4,9	10,9	6,0	9,4	7,7	8,6	7,2	5,3	8,9	8,8	3,0	0,0	7,8	0,0	0,0
1973	6,3	0,0	4,6	4,8	9,8	10,9	9,5	8,7	15,3	12,1	11,9	7,8	9,6	4,4	4,4	7,5	0,0	0,0
1974	4,9	0,0	2,4	3,3	8,0	6,3	8,9	9,3	10,2	10,4	5,9	9,2	9,4	5,6	2,1	3,7	0,0	0,0
1975	5,2	0,3	2,4	8,4	6,4	6,9	9,8	10,5	10,1	5,4	10,9	3,2	3,0	8,1	2,0	10,7	0,0	0,0
1976	6,8	0,0	1,8	6,0	10,8	14,0	8,5	14,5	12,9	15,9	11,3	7,2	8,8	3,9	1,9	0,0	0,0	0,0
1977	7,5	0,1	4,2	9,3	13,5	9,0	12,2	8,5	11,1	19,3	14,2	11,1	3,8	5,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1978	7,6	0,1	4,3	6,5	12,7	10,8	12,6	13,2	8,4	11,6	15,7	13,3	7,4	10,9	0,0	6,2	6,8	0,0

Annexe A3.4 (suite)

Taux de mortalité (pour 100 000) par suicide chez les femmes au Québec selon l'âge, 1926-2004

Années	Total	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90+
1979	7,7	0,1	4,6	9,2	11,2	11,6	13,5	10,8	11,3	15,1	13,3	5,4	9,0	7,0	3,4	3,0	0,0	0,0
1980	7,1	0,0	3,1	6,7	11,3	9,5	9,8	7,2	18,3	15,0	11,2	7,6	8,7	17,0	6,6	2,8	0,0	0,0
1981	7,6	0,3	2,6	6,6	9,6	9,7	9,4	14,0	11,5	15,5	14,7	14,7	5,1	13,1	4,7	7,9	0,0	13,5
1982	8,5	0,0	2,7	7,0	11,9	10,0	19,2	16,6	12,8	17,7	14,6	8,5	7,6	7,4	4,5	0,0	5,3	0,0
1983	8,4	0,0	4,3	6,1	9,2	13,4	12,3	19,9	12,3	10,3	12,6	12,3	9,2	14,4	5,8	4,9	5,0	0,0
1984	7,4	0,1	2,7	4,7	7,5	10,8	8,1	16,2	15,7	13,8	13,8	11,3	10,7	3,0	2,8	9,2	4,8	0,0
1985	7,1	0,3	4,1	5,4	8,7	8,8	11,6	9,6	14,8	10,5	10,7	11,0	12,9	4,9	5,4	0,0	0,0	20,4
1986	7,7	0,0	5,9	5,6	8,6	11,0	13,6	13,0	14,4	16,5	7,6	9,6	5,5	8,6	2,6	6,3	0,0	0,0
1987	7,4	0,0	6,1	6,5	8,0	13,2	10,9	13,2	14,3	11,3	7,0	9,4	8,2	0,9	5,0	6,0	4,1	0,0
1988	6,8	0,0	2,7	5,4	8,3	10,4	13,1	12,7	12,6	7,7	9,3	5,6	4,3	2,7	13,3	3,8	0,0	0,0
1989	6,3	0,0	3,1	5,6	6,5	9,0	11,4	11,5	12,9	9,4	8,2	6,7	6,2	2,7	4,7	1,8	0,0	0,0
1990	5,7	0,1	3,5	3,5	5,0	10,7	9,4	9,3	10,0	8,6	8,8	2,4	6,1	8,8	2,3	5,3	0,0	0,0
1991	5,8	0,6	3,1	3,7	7,8	8,8	9,2	11,2	10,4	7,2	5,9	7,8	3,3	5,1	2,2	1,7	3,2	0,0
1992	7,5	0,6	7,4	7,5	9,1	9,5	7,7	13,6	13,2	13,8	7,8	10,2	4,6	8,9	2,2	4,9	3,1	6,4
1993	7,3	0,9	4,7	6,4	5,3	8,6	12,6	14,5	11,1	14,7	8,4	6,0	7,2	5,5	4,3	6,3	3,0	0,0
1994	7,2	0,9	7,1	8,2	6,0	9,0	11,2	13,5	11,9	9,2	11,9	5,4	3,3	4,6	6,3	6,1	0,0	0,0
1995	8,1	1,5	7,0	6,5	7,5	9,5	11,1	16,3	15,0	13,9	12,2	8,6	5,8	4,5	2,1	0,0	0,0	5,5
1996	8,9	0,6	7,0	7,4	8,2	8,5	15,6	18,3	18,8	12,0	15,3	4,9	4,5	5,9	6,0	4,4	2,7	0,0
1997	7,8	0,6	9,1	8,1	9,7	6,8	10,1	10,1	16,0	12,2	7,6	10,0	4,5	8,8	4,8	7,1	7,7	0,0
1998	8,4	1,2	12,9	8,9	9,5	10,0	12,0	12,1	11,1	12,2	9,3	6,9	8,3	8,6	6,5	2,8	2,5	0,0
1999	9,0	0,3	8,0	5,0	7,0	10,9	12,8	21,0	16,5	10,2	9,9	10,4	12,8	3,6	4,4	5,5	7,1	4,7
2000	7,1	0,3	5,2	10,6	4,8	5,1	12,4	13,0	13,7	8,0	9,9	6,6	8,3	4,9	5,2	0,0	0,0	0,0
2001	7,4	0,6	8,4	7,2	6,1	6,1	12,4	10,4	16,1	11,9	8,1	7,0	7,7	4,2	5,0	1,3	2,2	4,2
2002	7,6	0,6	9,4	6,7	8,0	11,2	12,2	11,1	11,5	13,6	12,4	5,0	4,6	4,8	0,0	3,6	4,3	4,0
2003	7,3	0,5	9,9	8,0	6,1	6,7	10,2	9,9	15,1	17,4	4,5	4,8	7,2	4,1	4,1	2,3	4,1	3,8
2004	7,9	0,2	7,2	4,0	6,7	7,9	13,3	14,0	14,2	9,9	7,2	7,1	3,8	2,7	3,2	2,2	2,0	0,0

Annexe A3.5

Taux comparatif de mortalité (pour 100 000) par de suicide chez les hommes au Québec, 1926-2004

Années	Taux comparatif	Années	Taux comparatif	Années	Taux comparatif
1926	7,5	1953	8,4	1979	22,0
1927	7,5	1954	9,0	1980	24,5
1928	8,6	1955	8,8	1981	25,3
1929	8,2	1956	10,4	1982	26,9
1930	9,5	1957	9,7	1983	28,0
1931	9,5	1958	9,7	1984	25,7
1932	10,8	1959	9,4	1985	26,6
1933	9,8	1960	10,2	1986	26,7
1934	9,2	1961	9,0	1987	27,3
1935	9,9	1962	10,4	1988	25,4
1936	7,2	1963	8,7	1989	23,9
1937	11,1	1964	11,8	1990	26,1
1938	8,6	1965	9,5	1991	25,8
1939	9,9	1966	12,0	1992	28,2
1940	9,5	1967	12,4	1993	29,7
1941	8,6	1968	13,6	1994	28,9
1942	6,8	1969	15,4	1995	31,8
1943	6,4	1970	16,0	1996	31,8
1944	6,5	1971	15,7	1997	30,0
1945	5,7	1972	16,2	1998	29,2
1946	8,0	1973	18,0	1999	34,9
1947	7,0	1974	17,0	2000	28,2
1948	7,3	1975	14,2	2001	28,0
1949	8,3	1976	18,4	2002	27,8
1950	6,6	1977	22,5	2003	25,2
1951	7,9	1978	24,6	2004	21,5
1952	6,7				

Annexe A3.6

**Taux comparatif de mortalité (pour 100 000) par de suicide chez les femmes au Québec,
1926-2004**

Années	Taux comparatif	Années	Taux comparatif	Années	Taux comparatif
1926	2,0	1953	3,0	1979	8,1
1927	1,9	1954	3,2	1980	7,8
1928	2,0	1955	2,8	1981	8,1
1929	3,1	1956	3,4	1982	9,0
1930	2,1	1957	4,3	1983	8,9
1931	2,3	1958	3,1	1984	7,8
1932	2,5	1959	1,6	1985	7,4
1933	3,5	1960	2,8	1986	7,9
1934	2,4	1961	3,3	1987	7,6
1935	2,6	1962	2,4	1988	6,9
1936	3,1	1963	3,7	1989	6,3
1937	2,5	1964	3,3	1990	5,7
1938	2,7	1965	4,7	1991	5,8
1939	2,7	1966	3,9	1992	7,5
1940	3,6	1967	4,3	1993	7,2
1941	3,1	1968	4,7	1994	7,1
1942	1,7	1969	6,2	1995	8,0
1943	1,8	1970	5,6	1996	8,7
1944	2,0	1971	5,6	1997	7,6
1945	1,9	1972	5,7	1998	8,3
1946	2,9	1973	7,3	1999	8,7
1947	2,3	1974	5,7	2000	6,8
1948	2,0	1975	5,8	2001	7,1
1949	2,0	1976	7,6	2002	7,5
1950	2,6	1977	7,8	2003	6,9
1951	3,8	1978	8,2	2004	6,7
1952	2,2				

Annexe A3.7

Taux de mortalité (pour 100 000) par suicide chez les hommes au Québec selon l'âge, groupe quinquennal

1926-1930 à 2001-2005

Années	Total	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90+
1926-1930	5,7	0,0	1,2	3,3	7,0	6,0	12,2	12,3	14,7	11,5	12,2	19,7	21,4	18,5	16,2	25,0	11,1	0,0
1931-1935	6,9	0,0	0,9	4,0	7,1	9,6	12,2	16,5	13,4	21,5	23,5	14,4	18,0	24,5	15,7	19,0	0,0	66,7
1936-1940	6,9	0,0	2,3	4,6	6,2	9,3	8,4	17,1	17,4	18,9	17,3	23,7	17,0	10,8	13,8	17,4	12,5	0,0
1941-1945	5,1	0,1	0,6	3,0	4,8	6,4	8,2	10,9	10,5	16,4	17,3	11,3	12,1	10,7	6,5	15,6	20,0	0,0
1946-1950	5,7	0,1	2,0	4,0	4,0	6,8	9,0	11,2	11,5	16,4	15,7	15,5	12,9	12,9	17,8	15,7	17,6	20,0
1951-1955	6,2	0,0	1,8	3,9	6,6	8,0	9,0	10,3	13,8	16,2	13,7	22,1	13,9	16,0	21,7	19,4	5,6	18,2
1956-1960	7,3	0,0	2,4	4,9	9,4	9,6	10,3	12,8	15,6	16,4	19,5	24,9	13,7	13,8	19,1	16,8	9,1	0,0
1961-1965	7,6	0,2	3,6	7,3	9,2	9,3	12,9	14,3	13,7	21,2	17,0	22,8	17,3	14,0	12,4	9,7	14,1	0,0
1966-1970	11,3	0,2	7,1	16,3	16,1	15,4	18,5	18,1	22,9	23,0	24,8	17,8	20,6	16,0	13,2	16,4	6,3	0,0
1971-1975	14,6	0,4	12,4	24,6	21,3	18,3	20,4	20,0	21,9	24,2	22,3	24,0	21,0	21,1	15,9	10,4	18,4	0,0
1976-1980	21,4	0,5	17,3	36,5	30,4	31,6	28,5	27,9	28,1	28,6	27,7	26,1	24,6	22,7	29,0	21,7	17,8	29,8
1981-1985	26,2	0,8	23,8	38,2	39,0	35,5	29,2	34,2	32,2	35,3	36,3	32,6	27,1	33,2	27,3	35,6	18,8	11,0
1986-1990	25,9	0,8	26,3	37,6	36,0	36,6	36,9	32,5	31,1	29,8	30,7	25,3	24,7	29,5	30,0	24,0	24,9	27,7
1991-1995	28,9	1,3	31,3	43,3	37,5	41,8	39,3	36,6	37,0	36,5	34,6	27,7	25,5	26,7	28,8	25,0	26,1	29,1
1996-2000	31,2	1,3	30,7	42,1	40,4	40,9	43,9	46,4	44,1	36,5	31,8	30,4	26,5	31,1	33,5	29,4	28,8	26,2
2001-2005	26,7	0,6	20,6	31,5	30,8	35,7	41,0	37,2	41,1	36,2	28,4	22,3	19,1	26,1	24,1	20,2	13,5	19,1

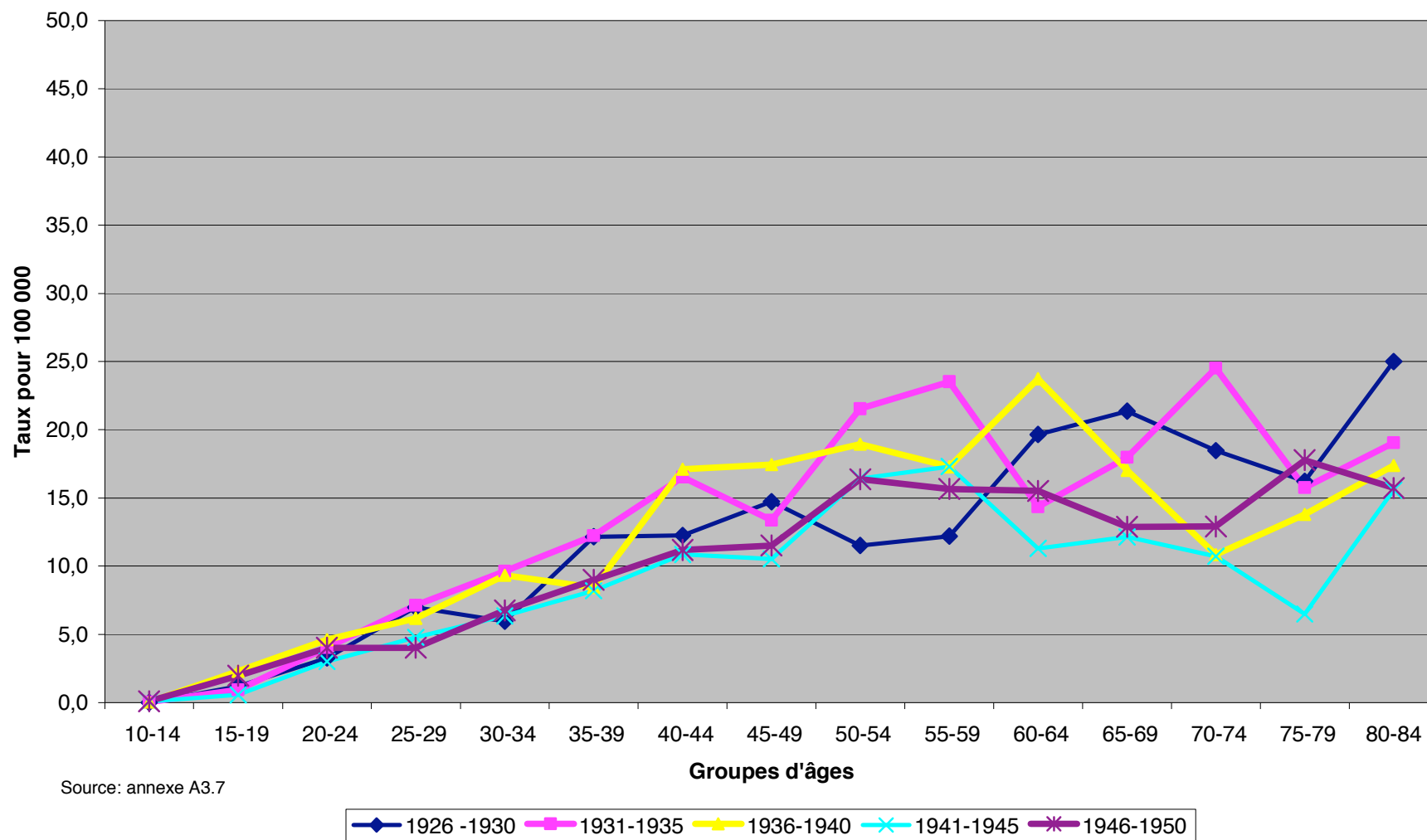
Annexe A3.8

Taux de mortalité (pour 100 000) par suicide chez les femmes au Québec selon l'âge, groupe quinquennal

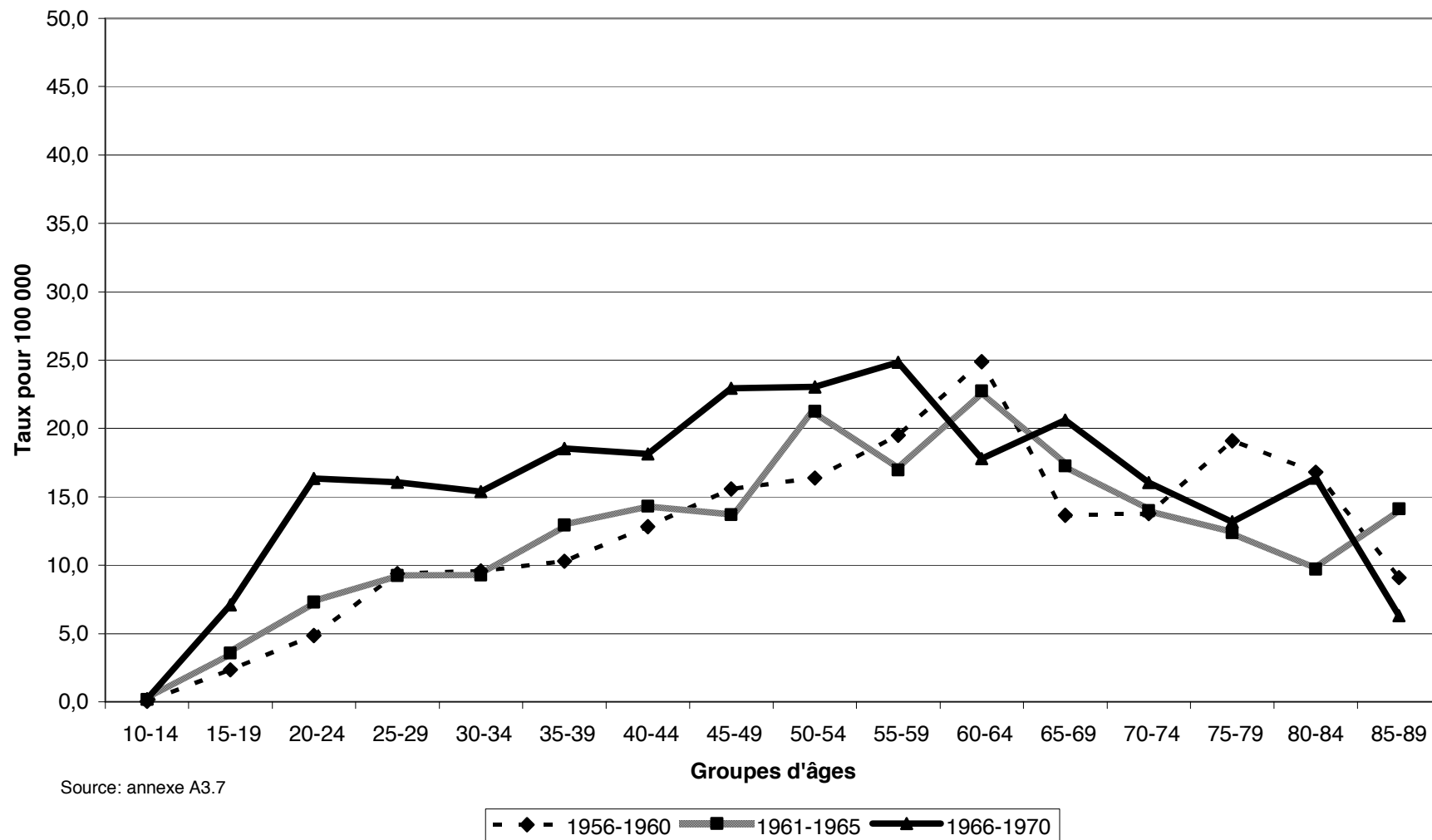
1926-1930 à 2001-2005

Années	Total	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90+
1926-1930	1,6	0,0	0,3	1,3	2,7	3,4	3,8	1,7	3,9	4,0	6,8	1,8	1,5	1,1	3,5	3,5	0,0	0,0
1931-1935	1,9	0,0	0,5	1,4	2,8	3,7	5,7	2,8	4,8	5,0	3,1	3,4	5,8	1,0	3,1	3,1	0,0	0,0
1936-1940	2,1	0,0	0,8	1,0	3,4	4,4	4,3	2,8	4,9	4,1	4,0	7,1	1,8	4,0	1,3	2,3	15,0	15,4
1941-1945	1,5	0,0	0,2	0,7	1,5	2,6	3,5	3,7	4,1	4,2	2,7	3,4	3,8	1,5	0,0	2,2	5,4	0,0
1946-1950	1,8	0,0	0,3	1,9	2,6	2,5	1,7	4,9	4,1	4,8	4,2	3,0	4,4	3,4	1,0	3,9	0,0	0,0
1951-1955	2,3	0,0	0,2	2,2	2,5	2,8	3,9	5,4	6,5	5,3	4,6	8,6	2,0	2,2	3,6	0,0	4,2	0,0
1956-1960	2,5	0,0	0,5	1,7	3,2	4,1	4,3	3,8	6,7	6,5	5,2	5,0	3,7	2,4	1,5	4,3	0,0	0,0
1961-1965	2,8	0,0	1,2	2,9	3,9	4,9	5,7	5,6	6,0	6,3	5,7	4,4	2,8	2,9	2,5	2,3	0,0	0,0
1966-1970	4,1	0,0	1,3	5,3	7,0	7,1	7,2	7,0	8,0	11,3	11,4	5,7	6,5	2,6	1,1	3,1	0,0	0,0
1971-1975	5,2	0,1	3,1	5,1	8,0	7,7	9,3	9,5	10,8	8,4	8,0	7,1	7,7	6,4	2,2	6,8	0,0	0,0
1976-1980	7,3	0,1	3,6	7,5	12,0	10,9	11,3	11,0	12,3	15,4	13,1	8,9	7,6	9,0	2,5	2,5	1,4	0,0
1981-1985	7,8	0,1	3,3	6,0	9,3	10,6	12,0	15,2	13,6	13,5	13,2	11,5	9,2	8,5	4,6	4,4	3,0	7,0
1986-1990	6,8	0,0	4,3	5,4	7,3	10,8	11,7	11,8	12,8	10,8	8,1	6,7	6,0	4,8	5,6	4,6	0,8	0,0
1991-1995	7,2	0,9	5,9	6,5	7,2	9,0	10,3	13,9	12,3	11,8	9,4	7,6	4,8	5,7	3,4	3,8	1,8	2,4
1996-2000	8,2	0,6	8,4	8,0	7,9	8,3	12,5	14,8	15,3	10,8	10,4	7,9	7,6	6,3	5,4	3,9	3,9	1,0
2001-2005	7,5	0,5	8,8	6,5	6,6	8,0	12,3	11,3	14,0	13,1	7,8	5,8	5,9	3,9	3,1	2,3	3,1	2,8

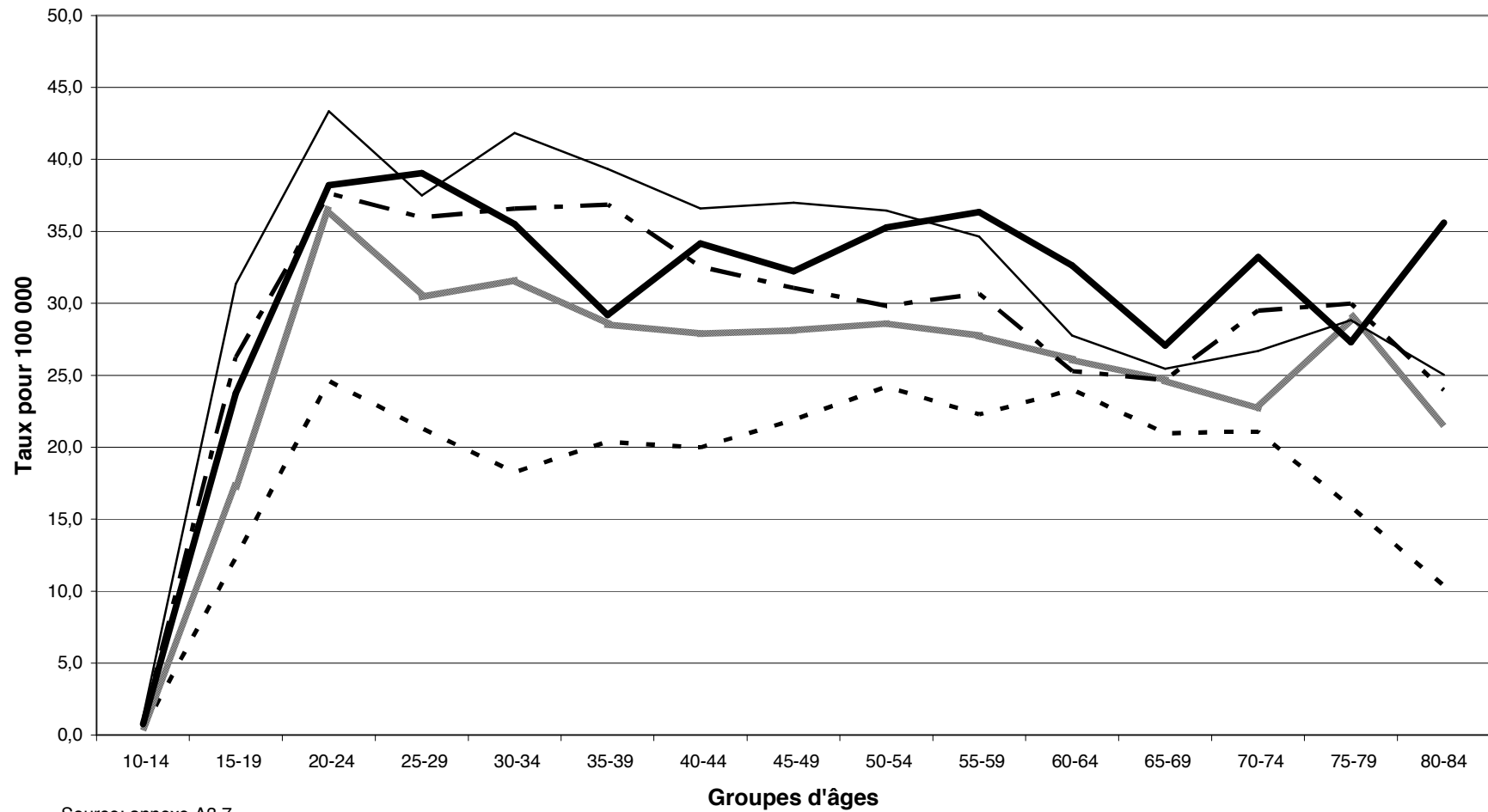
Annexe A4.1
Taux de mortalité (pour 100 000) par suicide chez les hommes selon le groupe d'âge,
Québec, 1926-1930 à 1946-1950 (étape 1)



Annexe A4.2
Taux de mortalité (pour 100 000) par suicide chez les hommes selon le groupe d'âge,
Québec 1956-1960 à 1966-1970 (étape 2)



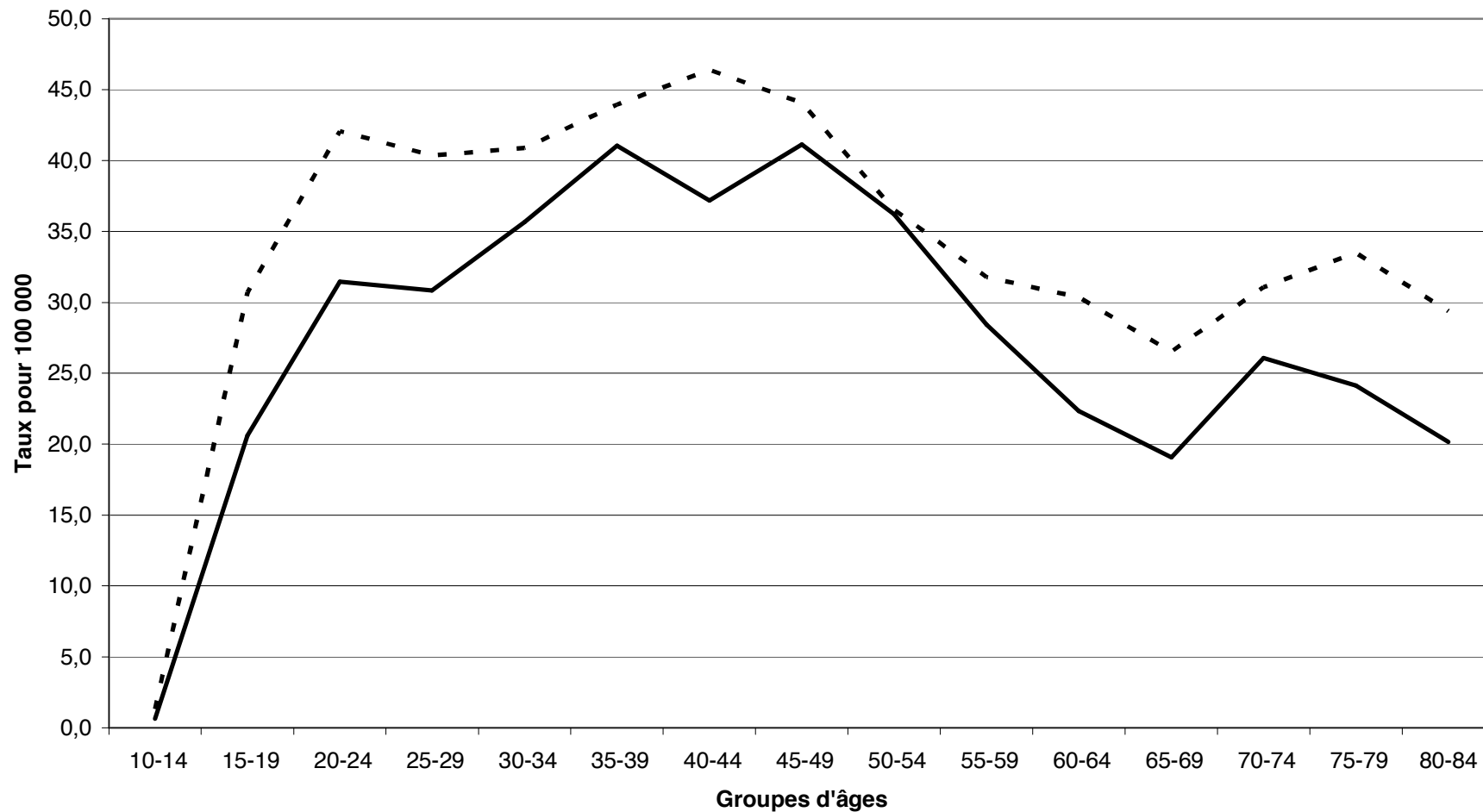
Annexe A4.3
Taux de mortalité (pour 100 000) par suicide chez les hommes selon le groupe d'âge,
Québec 1971-1975 à 1991-1999 (phase 3)



Source: annexe A3.7

- - - 1971-1975 1976-1980 1981-1985 - - - 1986-1990 — 1991-1995

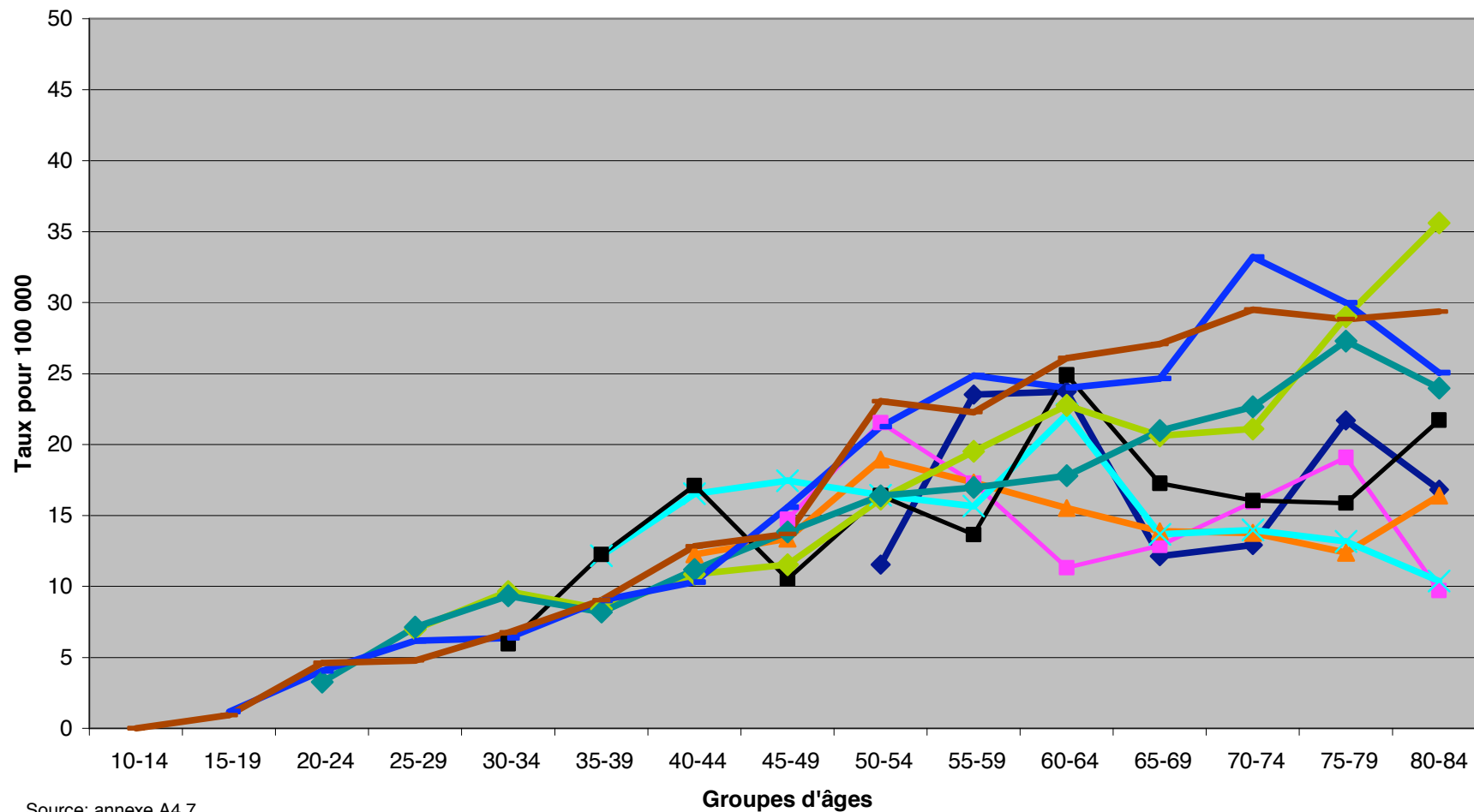
Annexe A4.4
Taux de mortalité (pour 100 000) par suicide chez les hommes selon le groupe d'âge,
Québec 1996-2000 à 2001-2005 (phase 4)



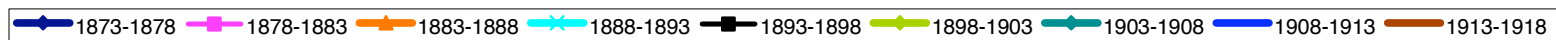
Source: annexe A3.7

- - - 1996-2000 — 2001-2005

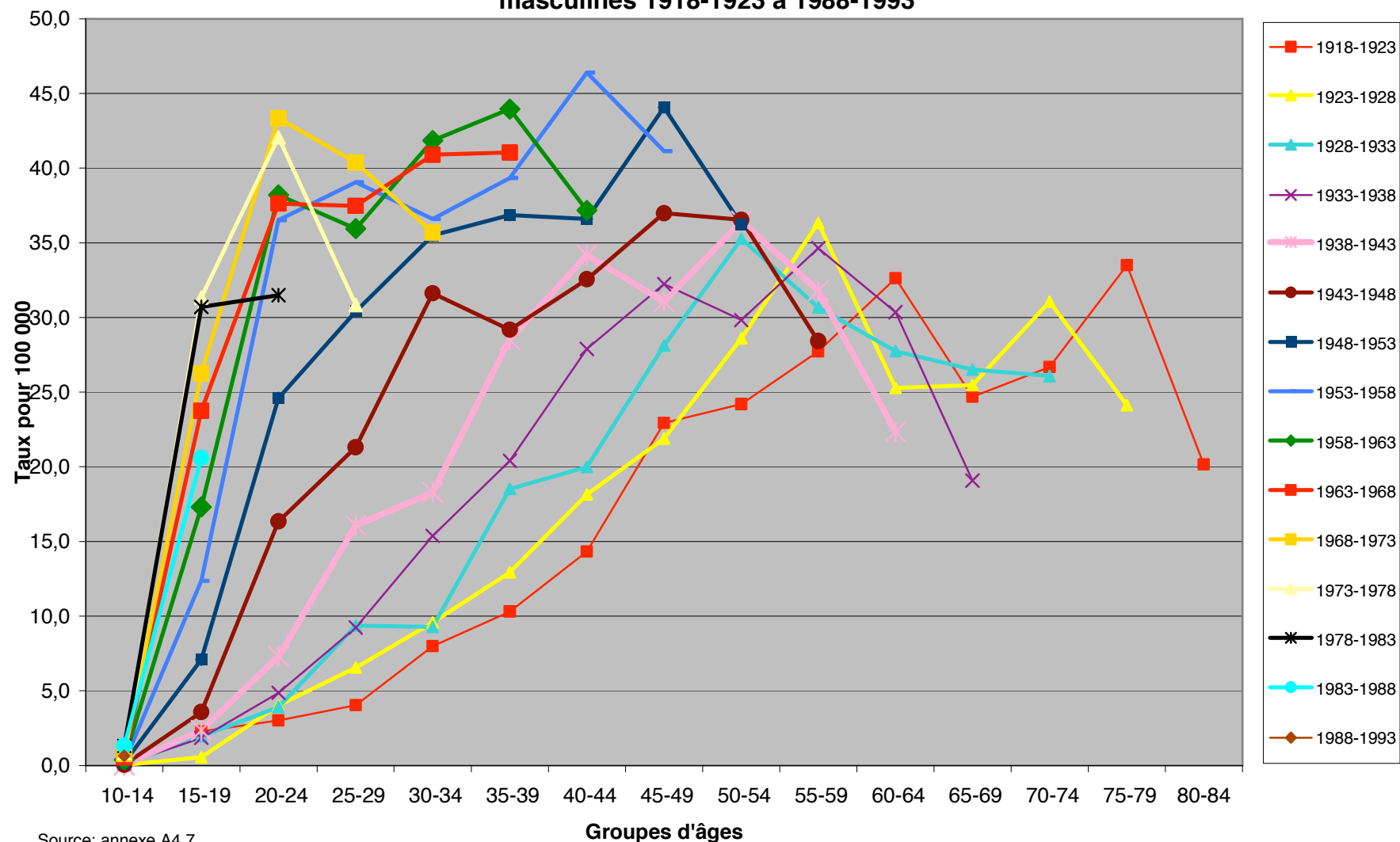
Annexe A4.5
Taux de mortalité (pour 100 000) par suicide selon le groupe d'âge, Québec, générations masculines 1873-1878 à 1913-1918



Source: annexe A4.7



Annexe A4.6
Taux de mortalité (pour 100 000) par suicide selon le groupe d'âge, Québec, générations masculines 1918-1923 à 1988-1993



Source: annexe A4.7

Annexe A4.8

Taux de mortalité (pour 100 000) par suicide selon le groupe d'âge, Québec, générations féminines 1873-1878 à 1988-1993

[illegible]

Annexe A4.9

**Taux de mortalité (pour 100 000) par suicide chez les hommes selon les étapes de la vie,
Québec, 1926-1930 à 2001-2005**

Années	15-24	25-44	45-64	65+
1926 -1930	2,1	9,1	14,2	19,5
1931-1935	2,4	5,4	9,0	10,5
1936-1940	3,3	9,7	18,9	14,4
1941-1945	1,7	7,2	13,9	11,2
1946-1950	3,0	7,4	14,5	14,2
1951-1955	2,9	8,3	15,9	16,1
1956-1960	4,4	11,0	18,7	15,4
1961-1965	5,2	11,4	18,1	14,4
1966-1970	11,4	17,0	22,5	16,8
1971-1975	18,1	20,1	23,0	18,8
1976-1980	26,8	29,9	27,8	24,4
1981-1985	31,5	34,8	34,2	29,1
1986-1990	32,5	35,6	29,4	18,0
1991-1995	37,3	38,9	34,5	26,4
1996-2000	36,3	43,1	36,9	29,5
2001-2005	26,4	36,4	33,4	22,0

Annexe A4.10

**Taux de mortalité (pour 100 000) par suicide chez les femmes selon les étapes de la vie,
Québec, 1926-1930 à 2001-2005**

Années	15-24	25-44	45-64	65+
1926 -1930	0,7	2,9	4,2	1,9
1931-1935	1,0	3,7	4,2	3,4
1936-1940	0,9	3,8	4,9	3,2
1941-1945	0,5	2,7	3,7	2,3
1946-1950	1,1	2,9	4,1	3,2
1951-1955	1,2	3,5	6,1	2,2
1956-1960	1,0	3,8	6,0	2,8
1961-1965	2,0	5,0	5,7	2,6
1966-1970	3,0	6,9	8,7	3,4
1971-1975	4,0	8,5	8,8	5,7
1976-1980	5,5	11,3	12,6	6,0
1981-1985	4,7	11,4	13,0	7,1
1986-1990	4,9	10,3	9,8	4,9
1991-1995	6,2	10,1	10,6	4,3
1996-2000	8,2	11,2	11,6	5,8
2001-2005	7,5	9,8	10,8	3,9

Bibliographie

- Anguis, Marie, Chantale Cases, et Pierre Surault. « L'évolution des suicides sur longue période : le rôle des effets d'âge, de date et de génération. » Études et résultats. n°185 (2002) : 1-8.
<<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er185.pdf>> (page consultée en mars 2007).
- Aron, Raymond. Les étapes de la pensée sociologique : Montesquieu, Comte, Marx, Tocqueville, Durkheim, Pareto, Weber. Paris : Gallimard, 1967.
- Baechler, Jean. Les suicides. Paris: Calmann-Lévy, 1975.
- Baechler, Jean. Les suicides. 2e éd. revue, corr. et augmentée. Paris : Calmann-Levy, 1981.
- Baudelot, Christian, et Roger Establet. « Suicide, l'évolution séculaire d'un fait social. » Economie et statistique. n°168 (1984) : 59-70.
- Baudelot, Christian, François Aveline, Marc Berraggi et Saadi Lahlou. « Suicide et rythme sociaux. » Economie et statistique. n°168 (1984) : 71-76.
- Baudelot, Christian, et Roger Establet. Durkheim et le suicide. Paris : Presses Universitaires de France, 1984.
- Baudelot, Christian, et Roger Establet. Suicide : l'envers de notre monde. Paris : Seuil, 2006.
- Baudelot, Christian, et Roger Establet. « La sociologie du suicide. » La Recherche. n°162 (1985) : 12-20.
- Beaupré, Michel, et Danielle St-Laurent. « Deux causes de décès : le cancer et le suicide. » D'une génération à l'autre : évolution des conditions de vie. (vol 2). Sainte-Foy : Bureau de la Statistique du Québec, 1998. 47-81.
- Bergeron, Gérard, et Réjean Pelletier. L'état du Québec en devenir. Montréal: Boréal Express, 1980.
- Blais, André, et François Vaillancourt. « Le budget. » L'année politique au Québec, 1989-1990. Ed. Denis Monière. Québec-Amérique (1989) : 33-44.
<http://www.pum.umontreal.ca/apqc/89_90/blais/blais.htm> (page consultée en mars 2007).
- Boily, Robert. « Profil du Québec. » L'année politique au Québec 1988-1989. Ed. Denis Monière. Québec-Amérique (1989) : 201-257.
<http://www.pum.umontreal.ca/apqc/88_89/profil/219b.gif> (page consultée en mars 2007).

- Bourbeau, Robert, et Mélanie Smuga. « Baisse de la mortalité et progrès de l'état de santé au XX^e siècle : les bénéfices de la médecine et du développement. » La démographie québécoise : enjeux du XXI^e siècle, Ed. Victor Piché et Céline Le Bourdais. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal, 2003. 24-65.
- Bourbeau, Robert. « Partie 4. Les structures par âge et par sexe. » Notes de cours DMO 6200 : Démographie et enjeux sociaux. Montréal : Université de Montréal, 2006 : 1-35.
- Caron Malenfant, Éric. « Causes et sens des suicides : une problématique sociologique. » Mémoire de maîtrise Université Laval, 2001.
- Caron Malenfant, Éric. « Le suicide chez les immigrants au Canada. » Rapports sur la santé vol.15. n° 2 (2004) : 9-18.
- Charron, Marie-France « La prévention de suicide au Québec : Les indications de dégagées par une étude statistique. » Revue Santé Mentale au Québec vol. 7. n° 2 (1982) : 160-175.
- Chauvel, Louis. « L'uniformisation du taux de suicide masculin selon l'âge : effet de génération ou recomposition du cycle de vie? » Revue française de sociologie vol.38. n°4 (1997) : 681-734.
- Chesnais, Jean-Claude, et Jacques Vallin. « Le suicide et la crise économique. » Population et société. n° 147 (1981).
- Cholbi, Michael. « Suicide. » Stanford Encyclopedia of Philosophy. Mise à jour le 18 mai 2004. <<http://plato.stanford.edu/entries/suicide/#bib1>> (page consultée en janvier 2007).
- Clain, Olivier. « Les suicides des jeunes hommes au Québec, un cas de fatalisme? » Les solutions sociales de l'inconscient. Ed. Paul-Laurent Assoum et Markos Zafiroopoulos. Paris: Anthropos, 2001: 181-201.
- Clayton, Dale, et Alberto Barceló. « Coût de la mortalité par suicide au Nouveau-Brunswick, 1996. » Maladies chroniques au Canada vol.20. n° 2 (1999) : 100-107.
- D'Amours, Yvan. « Le point sur la délinquance et le suicide chez les jeunes. » Québec : conseil permanent de la jeunesse ministère du conseil exécutif, 1995, 102.
- D'Amours, Yvon. « Le suicide chez les jeunes : S.O.S. jeunes en détresse!: avis du Conseil Permanent de la Jeunesse au sujet de la prévention du suicide auprès des jeunes. » Québec: conseil permanent de la jeunesse, 1997, 132.
- Dagenais, Daniel. La fin de la famille moderne : la signification des transformations contemporaines de la famille. Sainte-Foy : Presses de l'Université Laval, 2000.
- Dagenais, Daniel. « The Suicide of Young Men in Québec. » Journal of Indo-Canadian Studies. n°2 (2003): à paraître.

- Dagenais, Daniel. « Le suicide des jeunes hommes au Québec. » Conférence présentée au cours de la journée Le suicide des hommes au Québec, un problème majeur de santé publique, Institut national de santé public du Québec, novembre 2005.
<<http://www.inspq.qc.ca/jasp/archives/pdf/2005/JASP2005-SuicideHommes-Dagenais.pdf>> (page consultée en janvier 2007).
- Dagenais, Daniel. Notes de cours. SOCI639 : Social Problems. Montréal : Concordia University, 2006.
- Dagenais, Daniel. « Le suicide au singulier comme meurtre d'une identité : essai de justification et illustration d'une problématique. » Recherches sociographiques (2007) : à paraître.
- Dagenais, Daniel. « L'étude du suicide : le cas du Québec en tant que révélateur de la signification du suicide contemporain. » Recherches sociographiques (2007) : à paraître.
- De Leo, Diego, et Russell Evans. International Suicide Rates and Prevention Strategies. Gottingen: Hogrefe & Huber, 2004.
- Descartes, René, et J. Sirven. Règles pour la direction de l'esprit. Paris: Vrin, 1988.
- Des Roches, Michel, et Yves Therriault. Portrait démographique et sociosanitaire de la population. CLSC Naskapi - Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord, 2005.
<<http://www.rrss09.gouv.qc.ca/publications/portrait009.pdf>> (page consultée en janvier 2007).
- Douglas, Jack D. The Social Meanings of Suicide. N.J.: Princeton University Press, 1967.
- Duchesne, Louis. La situation démographique au Québec, bilan 2006 : la migration interne de 55 à 65 ans au cours de la décennie 1995-2005. Québec : Institut de la statistique du Québec, 2006.
<http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/naisn_deces/index.htm#deces> (page consultée en mars 2007)
- Durkheim, Émile. Le suicide. Paris: Presses Universitaires de France, 2002.
- Fournier, Martine, et Emmanuelle Garcia. La bibliothèque idéale des sciences humaines. Auxerre : Éditions Sciences humaines, 2006.
- Fuse, Toyomasa. Suicide, Individual and Society. Toronto : Canadian Scholars' Press, 1997.
- Gagnon, Serge. Mourir, hier et aujourd'hui : de la mort Chrétienne dans la campagne québécoise au XIXe siècle à la mort technicisée dans la cité sans Dieu. Québec : Presses de l'Université Laval, 1987.

- Garneau, Geneviève. « Les représentations du suicide des hommes de plus de 65 ans au Québec : de la suicidologie aux récits de vie de 4 hommes, un essai de mise en culture. » Mémoire de maîtrise Université de Montréal, 2004.
- Gouvernement du Canada, ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien. Braver les préjugés. Mise à jour le 2004-04-23.
<http://www.ainc-inac.gc.ca/qc/pr/pjd_f.html> (page consultée en avril 2007).
- Gratton, Francine. Les suicides d'être de jeunes Québécois. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec, 1997.
- Grégoire, Jacques Carbonneau, et Lise Phaneuf-Perron. Le suicide : considérations d'ordre théorique et aperçu des types et des méthodes d'intervention. Montréal : Ministère des Communications Service des impressions en régie, 1979.
- Groupe d'étude national sur le suicide au Canada. Le suicide au Canada : mise à jour du rapport du groupe d'étude sur le suicide au Canada. Ottawa : Santé Canada, 1994.
- Halbwachs, Maurice. Les causes du suicide. Paris : Alcan, 1930.
- Halbwachs, Maurice. Les causes du suicide. Paris : Presses Universitaires de France, 2002.
- Henripin, Jacques. « L'effritement de l'institution familiale au Québec. » Culture, institution et savoir. Culture française d'Amérique. Ed. André Trumel. Québec : Les Presses de l'Université Laval, 1997. 71-81.
- Hume, David. Essays on Suicide and the Immortality of the Soul. Basil: Printed for the editor of the collection of English classics, 1799.
- Intitut de la Statistique du Québec, statistiques de l'État civil, Québec, 1976-2004.
- Janosz, Michel. « L'abandon scolaire chez les adolescents : perspective nord-américaine. » VEI-Enjeux. n°122 (2002) : 105-127.
- Kempeneers, Marianne. Notes de cours. SOCI6657 : Famille et société. Montréal : Université de Montréal, 2006.
- Langlois, Stéphanie, et Peter Morrison. « Suicide et tentatives de suicide. » Rapports sur la santé vol.13. n°2 (2002) : 9-25.
- Larose, Yvon. « Au labo de la vie. *Des étudiants de sociologie mènent des enquêtes de qualité professionnelle en lien avec des problématiques réelles* » Au fil des événements (29 avril 2004). Université Laval.
<<http://www.scom.ulaval.ca/Au.fil.des.evenements/2004/04.29/socio.html>> (page consultée en mars 2007).

- Larouche, Jean-Marc, et Guy Ménard. L'étude de la religion au Québec : bilan et prospective. Ste-Foy : Presses de l'Université Laval, 2001.
- Macionis, John J., et Linda M. Gerber. Sociology, Fourth Canadian Edition, Toronto: Pearson Prentice Hall/Pearson Education Canada, 2004.
- Marcel, Jean-Christophe. « Halbwachs et le suicide : de la Critique de Durkheim à la fondation d'une psychologie collective. » Le suicide un siècle après Durkheim. Ed. Massimo Berlandi et Mohamed Cherkaoui. Paris: Les Presses Universitaires de France, 2000. 147-184.
- Mann, William Edward. Social Deviance in Canada. Vancouver: Copp Clark, 1971.
- Minois, Georges. Histoire du suicide : la société occidentale face à la mort volontaire. Paris: Fayard, 1995.
- Mooney, Linda A., David Knox, Adie Nelson, et Caroline Schacht. Understanding Social Problems. 2nd Canadian ed. Scarborough : Thomson Nelson, 2004.
- Morissette, Denis. « Evolution de la mortalité par suicide au Québec, 1926-1979. » Mémoire de maîtrise Université de Montréal, 1982.
- Mowat, Farley. People of the Deer. Rev. ed. Toronto: McClelland and Stewart, 1975.
- Mucchielli, Laurent, et Marc Renneville. « Les causes du suicide : pathologie individuelle ou sociale? Durkheim, Halbwachs et les psychiatres de leur temps, 1830-1930. » Déviance et société. n°1 (1998) : 3-36.
- Organisation mondiale de la santé « La violence dirigée contre soi-même. » Rapport mondiale sur la violence et la santé. Ed. Etienne G. Krug, Linda L. Dahlberg, James A. Mercy, Anthony Zwi et Rafael Lazano-Ascencio. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2002. 203-229.
<http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/chap7fr.pdf> (page consultée en janvier 2007).
- Organisation mondiale de la santé. Suicide Rates. Suicide rates (per 100,000), by country, year, and gender. Most recent year available. As of May 2003. Organisation mondiale de la santé. Mise à jour mai 2003.
<http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suiciderates/en/> (page consultée en janvier 2007).
- Paquette, Laurie, Carolyne Alix, et Robert Choinière. Proposition pour l'analyse des séries temporelles des données de mortalité selon la cause au Québec à la suite de l'adoption de la 10e Révision de la Classification internationale des maladies. Montréal : Direction planification, recherche et innovation, Institut national de santé publique Québec, 2006.
<<http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/548-PropositionAnalyseDonneesMortalite-CIM10.pdf>> (page consultée en mars 2007).

- Pope, Whitney. Durkheim's Suicide: A Classic Analyzed. Chicago: University of Chicago Press, 1976.
- Québec (Province). Ministère du développement économique, de l'innovation et de l'exportation. Portrait socioéconomique des régions du Québec. Québec : Ministère du développement économique, de l'innovation et de l'exportation, 2004- .
<http://www.mdeie.gouv.qc.ca/mdercontent/000021780000/upload/publications/pdf/developpement_regional/fr/regions/portr_socio_econ.pdf> (page consultée en mars 2007).
- Reed, Janie, Joan Camus, et John M. Last « Suicide in Canada: Birth-Cohort Analysis. » Canadian Journal of Public Health vol.76. (1985): 43-47.
- Réjean Pelletier, « L'État du Québec, dix ans plus tard (1980-1990). » Le Québec et la restructuration du Canada, 1980-1992 : enjeux et perspectives. Ed. Réjean Pelletier, Guy Laforest et Vincent Lemieux. Québec : Éditions du Septentrion, 1991. 11-30.
- Retterstøl, Nils. Long-Term Prognosis after Attempted Suicide : A Personal Follow-Up Examination. Oslo: Universitetsforlaget, 1970.
- Retterstøl, Nils. « Suicide in a Cultural History Perspective, Part 1. » Norwegian journal Suicidologi. n° 2 (1998).
<<http://www.med.uio.no/ipsy/ssff/english/articles/culture/Retterstol1.pdf>> (page consultée en mars 2007).
- Robillard, Edmond. Québec blues : une raison de vivre? : Réflexions chrétiennes sur le suicide. Montréal : Éditions Paulines, 1983.
- Organisation mondiale de la santé. La prévention du suicide : indication pour les médecins généralistes. SUPRE - Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours, Département de Santé Mentale et Toxicomanies. Genève : Organisation mondiale de la santé (publication non officielle), 2001.
<http://www.who.int/mental_health/media/en/57.pdf> (page consultée en janvier 2007).
- Statistique Canada, statistiques de l'État civil, Ottawa, n° 84-202 au catalogue, 1926-1969.
- Statistique Canada, statistiques de l'État civil, Ottawa, n° 84-206 au catalogue, 1970-1975.
- St-Laurent, Danielle, et Clermont Bouchard. L'épidémiologie du suicide au Québec : que savons-nous de la situation récente? (feuillet) Montréal : Institut national de santé publique Québec, 2004. 24.
- St-Laurent, Danielle, et Clermont Bouchard. L'épidémiologie du suicide au Québec : que savons-nous de la situation récente? Montréal : Institut national de santé publique Québec, 2004. 44.

- St-Laurent, Danielle, et Sonia Tennina. Résultats de l'enquête portant sur les personnes décédées par suicide au Québec entre le 1er septembre et le 31 décembre 1996 : caractéristiques sociodémographiques, caractéristiques socioéconomiques, antécédents psychiatriques, consultation des Services de santé. Québec : Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2000. 59.
- St-Laurent, Danielle, et Clermont Bouchard (2005). « Le suicide au Québec : une catastrophe humaine et sociale. » L'annuaire du Québec 2005. Ed. Michel Venne. Montréal : Fides, 2005. 316-320.
- Smith, G.W., et Bloom, I. « A Study of Personal Meaning of Suicide in the Context of Baechler's Typology. » Suicide and Life-Threatening Behaviour 15 (1985) : 3-13.
- Tahon, Marie-Blanche. « Nouvelles formes de régulation de la famille au Canada et au Québec : avant-gardisme et marginalisation. » Familles Enfances, Générations. n° 5 (2006). <<http://www.erudit.org/revue/efg/2006/v/n5/015779ar.html>> (page consultée en mars 2007)
- Tarde, Gabriel. « Contre Durkheim à propos de son Suicide. » Le suicide un siècle après Durkheim. Ed. Massimo Berlandi et Mohamed Cherkaoui. Paris : Les Presses Universitaires de France, 2000. 219-255.
- Trovato, Frank. « Immigrant Suicide in Canada. » Suicide in Canada. Ed. Antoon A. Leenaars, Susanne Wenckstern, Isaac Sakinofsky, Canada : University of Toronto Press, 1998. 85-107.
- Vandeschrick, Christophe. « Diagramme de Lexis et cohortes : la taille et le poids en remplacement du temps. » Université Catholique de Louvain. Département des sciences de la population et du développement. Document de travail 18 (2003): 1-52. <<http://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/sped/documents/dt18.pdf>> (page consultée en juin 2007)
- Volant, Éric. Dictionnaire des suicides. Montréal : Liber, 2001.
- Volant, Éric. « La religion et la mort. » L'étude de la religion au Québec : Bilan et prospective. Ed. Jean-Marc Larouche et Guy Ménard. Québec : Les Presses de l'Université Laval, 2001.
- Wilmoth, John R. « Les modèles âge-période-cohorte en démographie. » Démographie : analyse et synthèse. I La dynamique des populations. Ed. Graziella Caselli, Jacques Vallin, et Guillaume Wunsch. Paris : INED, 2001. 379-397.